

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

305

Année 1906

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 juin 1906, à 1 heure

Par **Henri LOUBRY**

Externe des hôpitaux de Paris.
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DYSPNÉES D'ORIGINE HYSTÉRIQUE

Président: M. GILBERT, professeur.

*Juges: { MM. BUDIN et DE LAPERSONNE, professeurs.
CARNOT, agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Operations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	ROGER.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	RUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
Clinique thérapeutique	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	des trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDÉAU	GOUGET	MARJON	THIROLOIX
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*Qui sera le modèle que je m'effor-
cerai de suivre pendant ma car-
rière médicale.*

A MA MÈRE

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE D^r GUILLEMAIN

M. LE D^r CUNÉO, *professeur agrégé*

M. LE PROFESSEUR BUDIN

M. LE PROFESSEUR POIRIER

M. LE D^r OETTINGER

A M. LE D^r TISON

A M. LE D^r BRESSET

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BROUSSAIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Nous avons dans notre thèse groupé un certain nombre de faits se rattachant aux dyspnées hystériques. Il n'existe pas en effet, à notre connaissance du moins, de revue générale sur cette question — ce qui s'explique par la rareté de ces phénomènes. — Ceci nous a permis de satisfaire notre curiosité qui avait été fort éveillée par un malade qui présentait des accidents dyspnéiques très particuliers d'origine hystérique, et que nous avons eu l'occasion de voir à Broussais dans le service de notre maître M. le D^r CETTINGER. Nous tenons son observation de M. MALLOIZEL docteur es-sciences, interne des hôpitaux, qui l'a mise gracieusement à notre disposition en même temps, qu'une autre. Nous lui savons gré de cette amabilité à notre égard.

Nous offrons ce travail à nos parents, qui nous ont donné tant de preuves réelles d'affection et qui se sont toujours si préoccupés d'assurer notre avenir ; à nos amis, qui nous ont rendu très agréables nos années d'études : il nous sera pénible d'être privé de leur

société. Notre pensée désigne, particulièrement, notre cher cousin, le D^r LOUIS BRICOUT, et nous nous réjouissons vivement que son installation à proximité de la nôtre nous permette de ne pas interrompre nos si cordiales relations.

Nous adressons le témoignage de notre reconnaissance à nos maîtres des hôpitaux de Paris et surtout à ceux que nous avons suivis pendant notre externat. La bienveillance constante qu'ils nous ont manifestée nous engagera à recourir encore à leur science et à leur expérience, quand nous serons livré à nos propres moyens.

M. le professeur GILBERT a accepté la présidence de notre thèse : nous le remercions vivement de l'honneur qu'il nous fait.

GENERALITES

Les dyspnées hystériques se présentent avec des aspects variés : 1° Le plus souvent, elles sont dues soit au spasme et à la contracture, soit à la paralysie des muscles respiratoires (muscles de la glotte, diaphragme, etc), et leur physionomie clinique varie avec l'intensité du spasme et de la paralysie et avec les muscles atteints ; 2° d'autres fois, il ne paraît pas exister d'obstacle mécanique dû au spasme et à la paralysie des muscles : et cependant le rythme respiratoire est troublé. Il se manifeste une accélération des mouvements respiratoires toute particulière, très intense, et sans analogie avec celle qu'on peut rencontrer dans les affections connues.

Ces faits sont très caractéristiques : ils se produisent sous forme d'attaques, et coexistent souvent avec d'autres stigmates hystériques ; quand ils constituent la seule manifestation de la névrose, leur originalité, la bizarrerie de leurs symptômes, les contradictions qu'ils présentent, sont autant d'éléments qui permettent de

reconnaître leur origine nerveuse et d'éliminer, par cela même, les affections organiques. Enfin, ils cèdent au traitement que l'on oppose aux accidents hystériques en général.

Ils sont donc bien distincts de ces états de gêne respiratoire rencontrés chez les individus hystériques, et ne se différenciant pas *nettement* des dyspnées de cause pathologique. Tel ce que décrivait autrefois Briquet sous la dénomination d'asthme hystérique. « Pour Briquet, l'asthme hystérique s'observait plus fréquemment chez les sujets lymphatiques et contractant facilement des rhumes que chez tous les autres. Cette manifestation intermittente présentait tous les caractères apparents de l'emphysème pulmonaire : inspiration gênée, courte, sibilante, avec augmentation de la dyspnée, lors de la parole, de la toux et de la position horizontale. Râle sibilant très abondant, chant sibilant laryngo-trachéal, expectoration semblable à de l'eau gommeuse, crachats perlés de temps en temps, accès de dyspnée plus forts que de coutume, avec nécessité de se tenir soit sur son séant, soit le corps penché en avant. En un mot, tous les signes de l'emphysème pulmonaire, moins ceux qui indiquent la dilatation des cellules pulmonaires, c'est-à-dire moins l'absence du murmure vésiculaire. Cet asthme débute brusquement : il peut comme tous les phénomènes hystériques acquérir beaucoup d'intensité et durer des mois entiers, mais, presque toujours, il disparaît soit graduellement, soit brusquement. Je l'ai vu alterner, dit Briquet, avec une paraplégie hystérique : ordinairement, il apparaît

après la disparition de quelque phénomène hystérique saillant, et il disparaît à son tour, quand celui-ci revient. »

Germain Sée dans son *Traité sur l'asthme* ne conteste pas cette forme et dit en avoir vu plusieurs cas.

Des auteurs ont observé des spasmes de la trachée et des grosses bronches d'origine hystérique. Il n'est donc pas impossible qu'il existe un spasme des bronches de moyen et de petite calibre : de l'asthme hystérique. « Il doit être difficile, on le conviendra, dit Gilles de la Tourette, de différencier ces phénomènes de ceux qui sont attribuables soit à l'asthme vrai, soit aux accès d'asthme symptomatique de l'emphysème. C'est peut-être pour ces raisons que la description de Briquet est restée isolée, la manifestation que l'on décrit aujourd'hui sous le nom de dyspnée ou de tachypnée, ou de respiration hystérique rapide revêtant une autre allure. »

Ce qui vient d'être dit de l'asthme hystérique peut s'appliquer à d'autres genres de dyspnée. La dyspnée est un symptôme fonctionnel, qu'on rencontre, en effet, dans beaucoup d'affections. Sans parler des maladies fébriles, on connaît la dyspnée des emphysémateux, des cardiopathes (aortiques et mitraux) des malades qui ont de la sclérose rénale, des goutteux, des obèses, etc. Et à méconnaître l'importance de ces facteurs, on pourrait, surtout chez un hystérique, attribuer une oppression à la névrose. L'hystérie, il est vrai, peut se greffer sur une lésion organique tout à fait minime du cœur, des poumons, des reins, et modifier et exagérer les

symptômes fonctionnels, qui devraient normalement exister, si l'affection organique entraînait seule en jeu, sans revêtir l'aspect de la tachypnée hystérique que nous avons mentionnée plus haut. Ce sont, comme nous le disions des faits très complexes.

Nous nous bornerons à l'étude des dyspnées où l'influence de l'hystérie est si manifeste qu'elle passe au premier plan et qu'elle imprime aux symptômes un cachet spécial.

Nous passerons successivement en revue :

1° *Les dyspnées dues aux spasmes laryngés* (contraction des adducteurs des cordes vocales, paralysie des dilatateurs);

2° *Les dyspnées dues à la paralysie du diaphragme ;*

3° *La tachypnée hystérique.*

CHAPITRE PREMIER

DU SPASME LARYNGÉ D'ORIGINE HYSTÉRIQUE.

Le spasme laryngé est un de ceux qu'on trouve le plus fréquemment dans l'hystérie.

On le rencontre dans l'intervalle des crises: il constitue ce que l'on appelle la « boule hystérique », phénomène très caractéristique, de telle sorte qu'on pense naturellement à l'hystérie quand on apprend d'une malade qu'elle éprouve, de temps à autre, cette sensation de boule remontant de l'estomac à la gorge.

On le rencontre surtout, et d'une façon constante, dans l'attaque d'hystérie.

Il se manifeste plus particulièrement dans la période prodromique de la crise. Pendant l'aura, ce phénomène est presque pathognomonique. « La femme, dit Ambroise Paré, auparavant que ces accidents adviennent sent monter de sa matrice comme une très grande douleur jusqu'à la bouche, de l'estomac et du cœur, et luy semble qu'elle estouffe et dit sentir monter, quelque

morceau ou autre chose qui lui clost le gosier, avec grand battement de cœur. » Les malades portent la main à la gorge, soulèvent tout ce qui peut comprimer le cou, s'efforcent d'arracher le corps étranger dont elles ont l'illusion.

La crise se produit ensuite. Pendant la première période de l'accès, période dite épileptoïde, le spasme existe encore, il est inspiratoire. On observe, en même temps qu'un gonflement plus ou moins considérable du cou, une constriction douloureuse du larynx, une respiration haletante, des menaces de suffocation, des sons laryngiens que Briquet désignait sous le nom de cri initial. La gêne respiratoire résulte du spasme laryngé excessif qui caractérise le moment tétanique de l'accès. Le larynx, dit Briquet, « se serre convulsivement et fait entendre, par intervalles, quelques sons rauques ou un bruissement sourd provoqué par le passage de l'air, qui est difficile. »

Pendant les autres périodes de l'attaque d'hystérie, le spasme laryngé cesse : il n'existe pas de suspension de la respiration, ni de turgescence faciale. Les spasmes, lorsqu'ils existent, sont des spasmes expiratoires, qui se traduisent par des cris variés et d'une bizarrerie extravagante, simulant l'aboïement du chien, le rugissement des bêtes fauves, les cris d'animaux en général.

Il peut persister à la suite de la crise d'hystérie une paralysie ou une contracture des muscles de la glotte (observat. de Bessière, n° 7) apportant un obstacle à l'entrée de l'air et tout à fait assimilable à celle qui se produit pour les muscles des membres.

Cette paralysie, cette contracture se produisent parfois d'emblée, en dehors des attaques (observat. de Dufour n° 4).

Ce sont des faits exceptionnels. Il est moins rare d'observer l'*exagération du spasme laryngé* de la période prodromique de l'attaque, tel que nous l'avons décrit. Ce spasme au lieu d'être passager et intermittent, devient continu. Il constitue, à lui seul toute l'attaque, à laquelle il imprime une allure tout à fait spéciale.

Par suite du rétrécissement de l'orifice glottique causé par le spasme, la gêne respiratoire est tellement intense qu'elle domine tous les autres symptômes et se place au premier plan. Quelquefois, l'attaque est constituée par une véritable crise d'asphyxie, sans convulsion. Ce sont des faits depuis longtemps connus, dont on retrouve la trace dans les auteurs anciens.

« Plutarque (1), raconte une épidémie qui sévit sur les filles de Milet. Ces filles avaient des spasmes, de la constriction de la gorge et une suffocation, qui les faisait tant souffrir, qu'elles se pendaient par troupes.

Primerose parle d'une épidémie du même genre à Lyon. Les femmes au lieu de se pendre couraient se noyer. Les nombreux cours d'eau qui étaient à leur portée paraissaient avoir déterminé leur choix. »

Ces paroxysmes ont des aspects très divers. Briquet a rangé ce qu'il a observé sous la dénomination d'attaque de spasmes et de suffocation pseudo-croupale.

1. BRIQUET. *Traité de l'hystérie*, p. 332.

« *Les spasmes*, dit Briquet, paraissent souvent chez les hystériques sous forme d'attaques. A un degré modéré, les spasmes se produisent chez beaucoup de femmes à la moindre émotion. Mais quand ils sont portés à un plus haut degré ils sont plus rares. Sur les quatre cents hystériques observées par moi, il s'en est trouvé dix à douze au plus, qui avaient été atteintes de spasmes violents, ou chez lesquels ceux-ci remplaçaient des attaques convulsives avec perte de connaissance.

La véritable attaque spasmodique, celle qui se comporte à la manière d'une attaque convulsive se compose à peu près des mêmes éléments. Seulement, ils prennent un degré bien plus élevé que les précédents.

« La femme, qui va être prise d'une de ces attaques devient irritable, mécontente d'elle et des autres, très irascible ou bien, si elle est d'un naturel calme, elle tombe dans une sorte d'humeur noire, puis elle éprouve des bâillements, des pandiculations ; un malaise indéfinissable parcourt ses membres. Au bout de quelques heures de cet état d'anxiété, l'épigastre se serre, il semble qu'un poids considérable presse la région épigastrique ou qu'une corde serre la base de la poitrine : une douleur déchirante et très vive se fait sentir en cet endroit. Des palpitations se déclarent pendant lesquelles le cœur semble soulever la poitrine et venir repousser la tête du médecin qui applique l'oreille sur la région précordiale : la violence des battements et le sentiment de souffrance sont tellement grands que la malade semble craindre que le cœur ne se rompe dans la poitrine : ces battements sont extrê-

mement rapides et très précipités, Les muscles de la poitrine, bien que convulsés et faisant éprouver le sentiment de la suffocation et de l'étouffement, se contractent néanmoins rapidement » et précipitent la respiration au point de provoquer jusqu'à cent inspirations à la minute ; des douleurs vives se font sentir dans les côtés et dans le dos ; *une sensation très douloureuse semble monter à la gorge sous forme d'un globe et, arrivée là, y provoque une strangulation qui cause la douleur déchirante la plus vive et pendant laquelle la malade paraît près d'étouffer.* Alors la déglutition devient complètement impossible. Une violente douleur éclate dans la tête, les mains s'agitent, se crispent involontairement — *l'intelligence néanmoins se conserve tout entière.* Cet état de souffrance est quelquefois porté à un degré effrayant, dure pendant un temps qui varie de quelques minutes à quelques heures, puis des sanglots éclatent, les pleurs surviennent, les urines coulent claires et abondantes et tous ces accidents se calment en laissant après eux de la céphalalgie, des douleurs à l'épigastre, aux côtés, dans le dos et un sentiment de brisement ou de courbature dans les membres. »

Dans la *suffocation pseudo-croupale*, la gêne respiratoire est beaucoup plus marquée et les accidents plus alarmants.

« Sous certaines influences, l'invasion d'une bronchite en particulier, l'hypéresthésie de la muqueuse laryngo-bronchique peut s'exalter. *Il naît de là une suffocation qui se manifeste par accès et pour prévenir*

une mort imminente, on a été quelquefois obligé de recourir à la trachéotomie. Cet accident ne doit pas être excessivement rare, car je l'ai vu deux fois. Chacune des deux malades avait été opérée deux fois et à des époques différentes. L'opération n'avait pas été faite légèrement, car l'une de ces malades avait été opérée par M. Michon, alors chirurgien à l'hôpital Cochin, l'autre par M. Velpeau. Ces deux hystériques avaient été chaque fois débarrassées de leur dyspnée, aussitôt l'opération, et la guérison de la suffocation, ainsi que celle de la place des conduits aériens avait toujours eu lieu très promptement — Briquet. »

La *diversité des symptômes* qu'on observe dans ces accès tient à ce qu'il peut entrer en jeu, d'autres facteurs que le spasme laryngé. Il est parfois associé à des troubles moteurs de même nature affectant le diaphragme et les autres muscles inspiratoires.

Dans une observation que nous rapportons n° 5, la malade présentait en même temps qu'une paralysie des dilatateurs de la glotte d'origine hystérique une paralysie diaphragmatique et des mouvements particuliers du voile du palais.

La trachée et les bronches sont susceptibles de prendre part au spasme, comme l'atteste l'observation du Dr Chaput n° 9. C'est ce qui explique que la trachéotomie ne guérisse pas d'emblée ces accidents. Certains observateurs ont remarqué qu'elle n'était pas suivie d'un soulagement immédiat, ce qui devrait s'observer, s'il existait simplement un obstacle mécanique dans la région glottique.

La meilleure preuve que l'occlusion de la glotte ne doit pas être seule incriminée, est que l'on observe la réapparition de crises égales comme intensité à celle qui a nécessité la trachéotomie, (observation de Musellier n° 2, observ. de Malloizel n° 10), alors que la canule trachéale est restée à demeure, et sans cause d'irritation.

Ces paroxysmes très complexes ont des caractères communs. *Ils se produisent par accès.* On peut dire qu'ils remplacent les crises d'hystérie. Habituellement, en effet, celles-ci font défaut chez les individus qui sont sujets à l'attaque de spasmes. Dans une observation que nous citons n° 10, une crise de dyspnée intense se termina pourtant par une attaque d'hystérie franche avec arc de cercle : le même malade, une autre fois, eut, par contre, une attaque d'hystérie qui se termina par une crise de dyspnée.

Ces accès sont habituellement *précédés de prodromes*, ce qui les distingue des spasmes de la glotte, qui ne sont pas d'origine hystérique.

Ils ne s'accompagnent pas de perte de connaissance.

La cause de ces spasmes échappe souvent. *Les affections de l'appareil respiratoire paraissent cependant jouer un rôle indiscutable* : nous les avons rencontrées constamment dans les antécédents des malades qui présentaient ces paroxysmes. Certains hystériques, chez qui la névrose se traduisait par des crises ou d'autres manifestations courantes, à la suite d'une laryngite, d'une bronchite ont des attaques de spasme

laryngé. L'affection du larynx a pu être un point d'appel de la névrose sur ce point.

D'autres fois, c'est une lésion du pharynx et des fosses nasales qu'il faut incriminer, des troubles gastro-intestinaux ou utéro-ovariens.

Les hystériques peuvent présenter du spasme laryngé qu'il n'est pas possible d'attribuer à une lésion déterminée quelconque, et qu'on doit considérer comme un accident d'origine centrale. Et cette manifestation survient à la suite d'une émotion, d'une contrariété, d'excès, de traumatismes.

Nous avons entendu parler de deux mineurs qui, après avoir été renversés par un wagonnet, avaient été pris le lendemain d'un spasme laryngé intense, pour lequel on avait fait la trachéotomie.

La nature de ce spasme a été diversement interprétée. Pour certains auteurs, elle serait due à une contracture des muscles adducteurs des cordes vocales : pour d'autres, il faudrait invoquer la paralysie des dilatateurs. L'hystérie, à la vérité, peut, aussi bien que pour les autres muscles de l'organisme, produire dans le larynx soit la contracture, soit la paralysie. Il ne faut pas faire intervenir un trouble du laryngé supérieur ou du laryngé inférieur. Dufour dans sa thèse sur les paralysies hystériques des dilatateurs de la glotte a essayé de différencier ces deux ordres de faits.

La paralysie hystérique des dilatateurs de la glotte survient tantôt à la suite d'une attaque d'hystérie, tantôt d'emblée et progressivement, sans cause appréciable.

Elle se traduit : 1° *par du cornage*, « respiration rauque et stridente, qui s'entend à distance et à maximum inspiratoire ». Le symptôme existe à des degrés divers, mais dans aucune autre sténose laryngienne, il n'est aussi développé.

2° *Par de la dyspnée*, qui est liée à la difficulté de l'inspiration. L'air ne passe pas en quantité suffisante à travers la fente glottique trop étroite et inextensible. Cette dyspnée augmente dans l'effort qui amène en effet le rapprochement des cordes vocales, ce qui augmente aussi la suffocation.

Malgré le cornage, malgré la dyspnée, il n'existe pas de cyanose, de distension des jugulaires. Cependant, on voit parfois survenir des signes d'asphyxie imminente, et la gêne respiratoire peut être assez intense pour nécessiter la trachéotomie. On admet dans ce cas que la paralysie ne doit pas être seule incriminée et qu'il s'y ajoute une contracture passagère des adducteurs des cordes vocales.

L'expiration est facile et la voix n'est généralement pas modifiée.

L'examen laryngoscopique montre l'immobilité des cordes vocales et leur rapprochement sur la ligne médiane. « Elles limitent entre elles un espace représentant assez exactement un triangle isocèle très allongé et dont les bords sont rapprochés. La base de ce triangle est constituée par l'intervalle qui existe normalement entre les aryténoïdes pendant l'inspiration. »

Pendant l'expiration, le courant d'air expiré soulève les cordes vocales, en produisant entre elles un écart

variable, de même, elles présentent une légère oscillation pendant la phonation.

La *contracture des adducteurs* est une affection courte à début brusque. Elle s'accompagne de troubles fonctionnels beaucoup plus marqués : dyspnée violente, tirage sus-sternal et sus-claviculaire, troubles de la circulation et de l'état général. L'expiration est gênée comme l'inspiration : à l'examen laryngoscopique, on ne remarque qu'un mouvement très léger des cordes vocales, au niveau de leur bord libre et à leur partie moyenne. La perte de la voix est complète.

L'interprétation des symptômes est en réalité très difficile et n'a d'ailleurs pas un grand intérêt pratique.

Il existe enfin des cas où la gêne respiratoire est due à une modification dans les mouvements des cordes vocales, qui s'effectuent en sens inverse. *Elles s'écartent pendant l'expiration et se rapprochent pendant l'inspiration*, formant ainsi obstacle à l'entrée de l'air.

Le *diagnostic* de l'occlusion de la glotte en général, est facile. Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade en plein accès dyspnéique, le tableau symptomatique qu'on a sous les yeux ne peut guère laisser place au doute, tant il est caractéristique.

La cause de cette occlusion est plus difficile à saisir. L'origine hystérique peut être méconnue, parce que la névrose donne rarement lieu à ces manifestations et qu'on n'y songe pas.

Parfois, cependant, les particularités de l'affection, les différents troubles moteurs associés à l'obstacle laryngé, éloignent l'idée d'une affection organique.

L'examen du cou et du médiastin est nécessaire pour rechercher s'il n'existe pas de causes susceptibles d'irriter le nerf récurrent et d'amener, de la sorte, un spasme laryngé réflexe. Si l'exploration minutieuse des fosses nasales de la gorge et du pharynx est négative, on sera conduit à penser que l'obstacle laryngé est dû à un spasme. L'*examen laryngoscopique* lèvera tous les doutes, s'il en existe. Si cet examen fait constater que la muqueuse du larynx est normale, mais que, pendant la respiration, les cordes vocales restent en position médiane, rigides et tendues, ne laissant passer l'air inspiratoire qu'à grand'peine et en vibrant, et sont légèrement soulevées, au niveau de leur bord libre et à leur partie moyenne, par le courant d'air expiratoire, il s'agira évidemment, d'un spasme de la glotte et toutes les affections laryngées, capables d'amener de la dyspnée, seront éliminées du même coup.

Une étude complète du malade permettra de faire le diagnostic causal, lorsque le spasme ne dépend pas d'une affection intra-laryngée. La présence d'autres manifestations hystériques, et à leur défaut, les seuls symptômes que nous avons décrits, différencient les spasmes d'origine hystérique, de ceux que l'on rencontre avec ictus chez les tabétiques, et de ceux qui se produisent chez les enfants, connus sous la dénomination de spasmes de la glotte.

La *gravité* du spasme laryngé est variable : tous les degrés peuvent se rencontrer.

Le Fournier dans sa thèse sur *La mort dans l'hystérie* dit que la contracture laryngée avait été chez une

malade tellement intense, qu'à l'autopsie, de l'eau versée dans le larynx ne s'écoulait pas dans la trachée.

En lisant les observations étrangères et françaises publiées sur cette question, on peut remarquer que les auteurs ont bien insisté sur la gravité que présentent parfois les symptômes et qui mettent le malade dans une position très alarmante : cyanose de la face, petitesse du pouls, refroidissement des extrémités. Axenfeld dans son *Traité des névroses* parle de deux malades, chez lesquels l'accès convulsif hystérique à peine ébauché, était dominé par des symptômes réellement effrayants d'asphyxie avec teinte cyanique et presque noirâtre de la face et des lèvres. Il pratiquait une saignée, et les symptômes disparaissaient rapidement dès que le sang s'écoulait par l'ouverture de la veine. Il arrive même que la mort paraît imminente. Elle s'est produite chez quelques malades. Le Fournier dans sa thèse mentionnée plus haut a réuni plusieurs cas de mort due au spasme laryngé. Entre autres, on trouve une observation tirée de la thèse de Rullier en 1808, concernant une jeune fille de quinze ans, réglée, bien portante, qui fut prise pendant un jour et demi d'accès de suffocation intense. L'état général peu à peu devint inquiétant, le pouls faiblit, devint irrégulier. La malade, abandonnée à elle-même, succomba au milieu d'une violente exacerbation, sans qu'on ait rien fait pour enrayer les accidents. Il est possible que les lésions organiques du cœur et des vaisseaux aient quelque influence, et favorisent l'issue fatale. *Il est cependant des cas où l'autopsie n'a révélé aucune lésion organique pouvant être mise en*

cause. Cette notion doit être retenue. Certains auteurs, en effet, se sont demandés, s'il était nécessaire d'intervenir étant donné la nature nerveuse des accidents. M. Muselier rapportant une observation de spasme laryngé suivie de trachéotomie, se demande « s'il n'y avait pas lieu de surseoir à l'opération et d'attendre la fin du spasme, « suivant une loi physiologique tout spasme des canaux doit prendre fin avec l'épuisement même de leur contractilité et celle-ci doit toujours disparaître avant la mort, c'est-à-dire avant l'asphyxie totale. » La décision à prendre n'a pour base que l'urgence de la situation. *Ce qu'on peut dire, c'est qu'il ne faut pas laisser la malade à elle-même, et se désintéresser des accidents qu'elle présente.* De nombreux modes de traitement ont été essayés, la saignée par Axenfeld, comme nous l'avons vu plus haut, le marteau de Mayor par M. le professeur Fournier, le chloral, le chloroforme et les anesthésiques en général. La pression d'une zone hystérogène a, parfois été, couronnée d'un plein succès. Les meilleurs résultats paraissent avoir été obtenus par l'électricité, galvanisation ou faradisation, dans la région du cou au niveau du pneumogastrique. En dernier ressort, il reste la trachéotomie, qui doit être une méthode d'exception. Souvent, les autres moyens indiqués ont été suffisants pour enrayer le spasme. Il semble que la trachéotomie a surtout été pratiquée par ceux qui ont méconnu l'origine hystérique des accidents, et qui, effrayés par les symptômes alarmants ont agi avec précipitation sans essayer autre chose. La trachéotomie a des inconvénients qui lui sont

propres. Elle peut être suivie d'une bronchite ou d'une pneumonie et de tuberculose pulmonaire, comme l'attestent deux observations que nous citons n^{os} 2 et 10.

Comme nous l'avons vu, elle ne met pas le malade à l'abri de nouveaux accidents, même la canule trachéale étant maintenue à demeure, et si l'on évite toute cause d'irritation par cette voie.

OBSERVATIONS

Observation I

ACCIDENTS LARYNGÉS D'ORIGINE HYSTÉRIQUE SIMULANT LE CROUP. GUÉRISON COMPLÈTE SOUS L'INFLUENCE DES ANTISPASMODIQUES. (Due à M. le professeur ARNAUD, Th. de DUFOUR, 1897.)

Suffocation pseudo-croupale de Briquet.

« Il y a quelques années je fus appelé en toute hâte à l'hospice de la Charité, auprès d'une malade qui était en proie à un grave accès de suffocation. C'était une jeune fille de 16 à 17 ans environ, qui avait la voix et la toux rauques depuis vingt-quatre heures, lorsque, dans la journée, *la dyspnée était devenue de plus en plus intense et avait rapidement pris un caractère assez alarmant pour faire craindre une terminaison fatale.* En effet, lorsque je la vis, l'état de cette jeune fille était loin d'être rassurant : il rappelait tout à fait le tableau du croup au moment des accès les plus violents : de la suffocation, aphonie, toux croupale, inspiration sifflante, rauque et très pénible. *Tirage, anxiété extrême. Cyanose et diminution de la sensibilité cutanée.* L'examen de l'isthme du gosier, assez difficile à cause de la gêne respiratoire, ne révéla aucune trace d'angine ou de

diphthérie. Anesthésie pharyngienne : pas de gonflement appréciable des replis ary épiglottiques. La malade accusait la sensation d'un obstacle au niveau du larynx. L'examen laryngoscopique ne put pas être pratiqué.

Avant de me résoudre à une intervention chirurgicale, je me demandai si nous ne nous trouvions pas en présence de phénomènes purement nerveux, d'une crise d'hystérie laryngée. L'événement ne tarda pas à confirmer cette opinion, car l'administration des antispasmodiques et du chloral en lavement suffit pour ramener le calme et pour faire cesser les symptômes asphyxiques si inquiétants que nous venions d'observer. »

Observation II (résumée).

HYSTÉRIE. SPASME LARYNGÉ AVEC ASPHYXIE. TRACHÉOTOMIE. (MUSELIER. *Gazette médicale de Paris*, 31 octobre 1891).

Il s'agit d'une malade âgée de 23 ans, ayant une hérédité névropathique très manifeste. Sa santé est restée bonne jusqu'à l'âge de 9 ans ; mais il y a toujours eu un état nerveux se traduisant par une émotivité spéciale, pas des pleurs faciles, etc.

A 16 ans, à la suite d'une peur, elle fut prise d'une attaque de nerfs : elle en conserva un certain degré de strabisme de l'œil droit. Les attaques étant devenues plus fréquentes, elle entra dans le service de M. Charcot où elle demeura dix-huit mois et où elle suivit un traitement dont les douches, l'électricité, la teinture de mars formaient les principaux moyens.

A 20 ans elle fit un nouveau séjour d'une durée de deux mois dans le service de M. Charcot pour de nouvelles attaques et

pour des accidents méningitiques rattachés à l'hystérie par le chef de service.

Au mois de mars 1891, elle fut prise tout à coup, dans *la rue d'accès de suffocation* ; conduite à l'hôpital Saint-Louis, on lui pratiqua la trachéotomie. La canule fut maintenue en place pendant six semaines.

Le 27 mai. — Nouvel accès de suffocation sur la voie publique qui nécessita son transport à la Pitié où l'interne de garde lui fit, *d'urgence*, la trachéotomie. Les symptômes étaient ceux d'une asphyxie imminente, il y avait une cyanose prononcée et la perte de connaissance paraissait complète au moment de l'opération. Pourtant la malade affirme avoir entendu et compris ce qui se disait autour d'elle.

L'état général est bon malgré des lésions pulmonaires peu avancées du côté droit.

29 mai. — *Nouvel accès de suffocation, bien que la canule ait été maintenue en place*, particularité qui indique bien l'origine nerveuse de ces phénomènes laryngés.

2 juin. — La canule est enlevée définitivement. La plaie se referme sans complication aucune.

15 juin. — La malade part pour le Vésinet.

Depuis ce temps, et malgré nos recommandations, nous n'avons pas eu l'occasion de la revoir.

Observation III

HYSTERICAL LARYNGEAL DYSPNOEA (MORTON, 1891. *British. Medic. Journ.* London, I, 1173). *Spasme laryngé. Guérison par la galvanisation sur le trajet du pneumogastrique.*

Dans la nuit du 13 mai, je fus appelé par un médecin pour voir une jeune femme, dont l'état, disait-on, nécessitait une

trachéotomie. Elle souffrait d'une dyspnée très violente, due à un spasme laryngé ; l'inspiration était très bruyante et très pénible ; les espaces intercostaux étaient rétractés. Le pouls devenait irrégulier. J'examinai le larynx et je trouvai qu'il n'y avait pas d'inflammation de la muqueuse, *mais que les cordes vocales étaient fortement en adduction*. Avant mon arrivée, on avait fait aspirer à la malade quelques bouffées de chloroforme et placé dans la partie antérieure du cou une éponge d'eau chaude. Ces moyens thérapeutiques n'avaient produit aucun résultat. La voix n'était guère modifiée : elle était cependant plus faible. La malade souffrait depuis quinze jours environ de ces attaques de dyspnée. Très fréquentes et très violentes pendant les premiers jours, elles avaient ensuite diminué en nombre et en intensité pour cesser tout à fait le 10 mai. Pendant la nuit du 12 mai, la malade avait été prise d'une nouvelle attaque. Mais jamais le paroxysme n'avait été aussi violent que la nuit où l'on me fit appeler. Une semaine avant l'apparition des attaques, la malade avait souffert de contractures des muscles du dos. Elle s'était plainte aussi de crampes dans les bras et les jambes ; ce qui me fit penser à un spasme hystérique, et me décida à *essayer la galvanisation*. Je la pratiquai dans la région du larynx et sur le trajet du pneumogastrique. Au bout de cinq minutes, le spasme qui avait été très violent et n'avait pas cessé pendant cinq heures, disparut brusquement. J'examinai alors le larynx, et je remarquai que les cordes vocales étaient en abduction. Pendant le reste de la nuit, la malade eut encore une très légère attaque. Depuis le 17 mai, ces paroxysmes revinrent deux fois, mais sans aucune gravité.

Observation IV (Résumée).

PARALYSIE BILATÉRALE DES CRICO-ARYTÉMOÏDIENS POSTÉRIEURS CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 14 ANS, HYSTÉRIQUE ET NON RÉGLÉE. CORNAGE BRUYANT. APHONIE. DIFFICULTÉ DE LA DÉGLUTITION. GRANDES ATTAQUES CONVULSIVES AVEC CESSATION DES BRUITS LARYNGÉS. *Guérison.* (DUFOUR. Obs. II. *Th. de Montpellier*, 1891).

Françoise L., âgée de 14 ans, était amenée le 3 janvier à l'hôpital parce qu'elle souffrait des troubles respiratoires suivants. Elle présentait une respiration rude, rauque et stridente, qui s'entendait à plusieurs mètres de distance. Ces phénomènes de cornage étaient surtout marqués à l'inspiration qui était très pénible. La malade mettait alors en jeu toutes ses puissances inspiratoires : la tête se portait en arrière, les épaules remontaient sur le cou et l'on pouvait voir les sterno-cléido-mastoïdiens se contracter énergiquement. L'expiration était facile. *Le facies ne portait nullement l'angoisse qu'on aurait cru rencontrer avec une pareille dyspnée inspiratoire* : il n'y avait pas de cyanose, ni de distension de jugulaires. La perte de la voix était complète. La malade ne pouvait ingérer aucun aliment solide.

L'examen laryngoscopique est pratiqué : on constate qu'il n'existe aucune trace d'inflammation. Les cordes vocales sont rapprochées l'une de l'autre, rétrécissant la fente glottique. Elles sont immobiles à l'inspiration ordinaire et s'écartent légèrement pendant le courant d'air expiré.

L'affection a débuté deux jours plus tôt. La malade a senti quelque chose qui serrait le cou et l'empêchait de respirer, puis la dyspnée est allée en croissant, au point qu'elle se crampon-

nait, dit-elle, à un objet quelconque situé sur un plan plus élevé pour respirer plus facilement.

Avant l'apparition de ces accidents, la malade a éprouvé par intermittences, une sensation de boule.

L'examen laryngoscopique pratiqué le 6 janvier donne les mêmes résultats que lors de l'entrée à l'hôpital : absence de toute inflammation, cordes vocales saines, immobiles dans l'inspiration et rapprochées l'une de l'autre, formant une image comparable à un triangle isocèle très aigu. Le nombre des respirations est de 30 à la minute. Les poumons, le cœur et les différents organes ne présentent rien de pathologique. *Il n'existe aucun stigmat d'hystérie*. Le cornage est aussi intense et ne cesse pas.

Malgré l'absence de stigmat d'hystérie, l'affection est mise sur le compte de la névrose, ce qui est justifié par l'évolution des symptômes. La malade présente, en effet, les jours suivants, trois attaques d'hystérie franches avec axe de cercle, pendant lesquels le cornage disparaît : il revient à la suite des deux premières crises, revêtant la même intensité ; la malade peut cependant manger un morceau de pain ; après la troisième crise, le cornage ne réapparaît plus, et la malade sort guérie.

Observation V

PARALYSIE HYSTÉRIQUE DES DILATATEURS DE LA GLOTTE ET DU DIAPHRAGME ASSOCIÉE A DES MOUVEMENTS PARTICULIERS DU VOILE DU PALAIS. (Dr WEST. *Lancet*, London, 1892, II, p. 309).

Cette observation rapporte une affection très complexe, où se trouvaient associés la paralysie des dilatateurs de la glotte, la paralysie du diaphragme et des mouvements particuliers du

voile du palais. C'est en se basant sur ces particularités qu'on pensa à la nature nerveuse des accidents. L'examen laryngoscopique fit reconnaître qu'il n'y avait pas d'affection laryngée. Cette notion était importante, sinon on aurait peut-être pratiqué la trachéotomie, et cette opération, si elle avait été suivie d'une bronchite ou d'une pneumonie, aurait été susceptible d'amener un dénouement fatal, en raison de la paralysie du diaphragme.

La malade, une femme âgée de 30 ans, était entrée à l'hôpital parce qu'elle souffrait de dyspnée. En l'interrogeant, on apprenait qu'elle s'était bien portée jusqu'à la Noël. Elle avait été alors prise de bronchite : ce dont elle avait souffert à plusieurs reprises dans le cours de ces trois dernières années. Elle avait toussé, mais n'avait pas eu de dyspnée avant les huit jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital.

Au moment de l'examen, elle se trouvait dans un état général satisfaisant. La respiration était pénible et un peu précipitée. Les ailes du nez se dilataient. La face était colorée, mais sans cyanose. La respiration était exclusivement du type costal supérieur. Le diaphragme paraissait être paralysé. En effet, il ne s'abaissait point lors de l'inspiration, mais au contraire semblait aspiré dans la cavité thoracique : il y avait aussi de la rétraction des derniers espaces intercostaux pendant l'inspiration : de même, tirage sus-sternal et sus-claviculaire. On ne constatait aucun mouvement d'élévation ou d'abaissement du larynx pendant la respiration. On ne trouvait rien d'anormal à l'auscultation, sauf que l'inspiration était un peu bruyante, ce qui était dû au spasme laryngé.

En faisant ouvrir la bouche du malade, on remarquait que le voile du palais présentait des mouvements très particuliers et très intenses : pendant l'inspiration, il se levait avec force ;

pendant l'expiration, il retombait flaccide, comme s'il avait été brusquement paralysé. A l'examen laryngoscopique, on trouvait les cordes vocales pâles, sans trace d'inflammation : pendant l'inspiration, elles étaient très rapprochées l'une de l'autre : à l'expiration, elles étaient complètement séparées et en position cadavérique. Elles reprenaient leur position normale quand on faisait parler la malade. Les aryénoïdes ne se déplaçaient pas vers la ligne médiane concomitamment avec les cordes vocales, et déterminaient un espace triangulaire à la partie postérieure de la glotte, pendant l'inspiration. En somme, tous les signes d'une paralysie des dilatateurs de la glotte... Ces troubles laryngés, ces mouvements inusités du voile du palais, la paralysie du diaphragme firent penser que l'affection pouvait être de nature hystérique. Cette hypothèse était confirmée aussi par les antécédents de la malade. Elle dit en effet qu'à l'âge de 23 ans, elle avait souffert d'une contracture de la bouche et du cou : on avait dû lui arracher plusieurs incisives et la nourrir au moyen du tube de Faucher.

Contre les accidents actuels, on commença par administrer du chloroforme à la malade, ce qui ne produisit aucune amélioration. Il est vrai qu'on n'avait pas été très loin dans l'anesthésie. Persuadé que l'affection était de nature hystérique, le D^r West interdit de faire, sous aucun prétexte, la trachéotomie. Si la dyspnée devenait menaçante on pourrait pratiquer le tubage.

Il fut effectué deux jours plus tard, mais sans grand succès, car le tube ne pouvait pas tenir en place ; on fit alors extérieurement sur le larynx deux ou trois séances de galvanisation. L'état resta à peu près identique jusqu'au 22 février ; on remarqua alors un léger déplacement des aryénoïdes vers la

ligne médiane pendant l'inspiration, ce qui amenait parfois une augmentation de la dyspnée. Depuis l'admission de la malade, on avait noté que la respiration était beaucoup moins laborieuse pendant le sommeil.

Le 26, vers midi, brusquement tout changea. La respiration devint tranquille : le diaphragme reprit ses mouvements d'expansion naturels : et le voile du palais cessa de se mouvoir à chaque inspiration. Quant aux cordes vocales, elles avaient repris leur position normale : à l'occasion des inspirations fortes, elles s'écartaient l'une de l'autre, mais présentaient de constantes oscillations, comme si elles avaient été dans l'incertitude des mouvements à accomplir. La voix était légèrement enrouée, ce qui était dû au tubage d'une part qui avait amené un peu de laryngite, et aussi à ce que le rapprochement des cordes vocales ne se faisait pas d'une façon parfaite pendant la phonation.

Reprise des accidents avec beaucoup moins d'intensité cependant, puis nouvelle disparition des symptômes sous l'influence de la galvanisation.

La malade quitta l'hôpital, présentant par intervalles les troubles décrits ; les mouvements du voile du palais, la paralysie diaphragmatique étaient toutefois beaucoup moins accusés.

Observation VI

A CASE OF HISTERICAL LARYNX, par E. HOPKINS. (*New-York Medical journal*, 1809, p. 811 LXX). *Attaques de toux, s'accompagnant d'un cri perçant tout particulier. Guérison immédiate de ces paroxysmes par le tubage.*

M^{lle} V..., âgée de 15 ans, grande, bien développée, anémique.

Elle était nerveuse, mais n'avait pas l'aspect d'une jeune fille hystérique. Elle montrait du zèle pour l'étude, et occupait un bon rang dans sa classe. On l'amenait à ma consultation le 25 septembre 1897, pour un spasme laryngé tout à fait particulier, je devrais dire aussi, terrifiant. A part ces manifestations laryngées, elle ne présentait pas d'autre stigmate hystérique.

Au mois de juin précédent, à l'époque des examens, elle avait commencé à souffrir d'attaques de toux très violentes. Ces paroxysmes étaient beaucoup plus bruyants que ceux qu'on trouve habituellement. Ils augmentèrent d'intensité, et au milieu du mois d'août se traduisirent par des sons très perçants, *imitant le cri d'un porc assez gros et gravement blessé*. Ils étaient précédés par une sensation de chatouillement et d'irritation dans la gorge, ce qui causait d'abord une toux légère, suivie ensuite de ces sons terrifiants. Ces accès se produisaient très fréquemment pendant le jour : ils étaient très rares pendant la nuit. Dans l'intervalle des paroxysmes la respiration était normale.

En examinant le larynx, on ne trouva rien qui permit d'expliquer ces cris étranges. La malade avait quelques végétations adénoïdes ; de l'hypertrophie du tissu lymphoïde à la base de la langue. Il ne paraissait pas impossible que cela pût amener de la congestion du larynx. Je considérais toutefois l'affection comme étant de nature hystérique, et je donnais un pronostic favorable, de manière à être entendu de la malade. J'ajoutais aussi que si elle ne s'améliorait pas, on brûlerait tout le tissu lymphoïde hypertrophié. L'usage du laryngoscope, l'annonce d'un pronostic favorable, la menace du galvano-cautère, exercèrent une impression salubre, car les paroxysmes cessèrent et ne revinrent pas pendant quelques semaines. Le 6 novembre,

elle me fut ramenée de nouveau, ces attaques spasmodiques étaient revenues. J'appliquai alors le galvano-cautère à la base de la langue ; et j'obtins ainsi un amendement des symptômes jusqu'au mois de mars 1898. Ils revinrent alors avec tant de violence et d'une façon si continuelle, me dit le médecin de la famille, que *l'anesthésie générale fut pratiquée à trois reprises différentes* ; tous les autres moyens avaient échoué pour refréner les attaques. Je ne peux pas vous donner de preuve plus convaincante de l'effet terrifiant produit par ces cris, en vous disant qu'ils remplirent d'épouvante un marchand de drogues qui se trouvait dans ma salle d'attente. La malade entra à l'hôpital le 18 mars où elle fut soignée par le Dr Hammond. Il considéra ce cas, comme étant vraisemblablement d'origine hystérique. Cependant, l'absence d'autres stigmates de la névrose, ce fait, que les paroxysmes étaient toujours limités à la même série de muscles, avec un intervalle de répit entre les attaques, firent penser à la possibilité d'un tic convulsif, et le Dr Hammond prescrivit un extrait fluide de conium associé à la morphine. La malade resta pendant plusieurs semaines à l'hôpital, et elle continua le traitement chez elle pendant quatre mois sans interruption. Le médecin remarqua alors qu'il rendait les attaques plus courtes, en badigeonnant la gorge avec une solution de cocaïne. Pendant le mois de septembre elle eut des accès très violents, qui la démoralisèrent complètement. Ceci me détermina à mettre le larynx en repos. Je pratiquai alors le tubage avec un tube d'une grosseur moitié moindre que celle qu'on emploie habituellement pour les adultes.

Cette manœuvre amena la cessation brusque du paroxysme ; le tube fut laissé une heure à peine. Il m'a paru que la sugges-

tion avait joué un très grand rôle, car depuis lors, il n'y eut plus de nouvelles attaques, et la santé de la malade s'est fort améliorée.

Observation VII (Résumée)

BESSIÈRE. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SPASME LARYNGÉ D'ORIGINE HYSTÉRIQUE. (*Annales médico-psycholog. de Paris.* 1890, 7^e sér. VI). *Cornage intense. Guérison par suggestion.*

Cette observation concerne une femme de 44 ans, névropathe avérée. Elle est sujette depuis l'âge de 28 ans à des crises nerveuses, où le spasme laryngé tient le premier plan. La constriction est tellement violente, que la malade craint d'étrangler: sa figure devient noire; « les yeux lui sortent de la tête ». Elle ne perd pas connaissance, et ne présente aucune secousse convulsive. Ces paroxysmes sont variables comme fréquence et comme intensité. Ils durent parfois une heure. La malade a été atteinte à deux reprises différentes d'une paralysie des deux membres inférieurs, qui a disparu au bout de quelques mois.

Le Dr Bessière est appelé auprès de cette malade pour des troubles très particuliers qu'elle présente depuis sa dernière crise nerveuse. Le spasme laryngé a persisté: il se traduit par *un bruit inspiratoire tellement intense qu'il incommodé les voisins et trouble les cérémonies religieuses, qui se font dans un rayon de 80 mètres.* Ce bruit laryngé augmente de force et de fréquence pendant la marche, l'ascension des escaliers et sous l'influence des émotions morales. Il présente une légère diminution dans la station couchée *et cesse tout à fait pendant le sommeil.*

L'expiration est silencieuse. Il n'existe aucune altération du côté de la voix. La malade ne peut cependant pas soutenir la conversation. Chaque mot est masqué par l'inspiration bruyante. On compte vingt-huit mouvements respiratoires par minute.

La malade est guérie après quelques séances de suggestion, le spasme ayant duré cinquante-huit jours.

La malade qui fait le sujet de cette observation, présentait du cornage, une gêne de l'inspiration plus marquée pendant la marche, l'ascension des escaliers, l'effort en général. L'expiration était silencieuse, et s'effectuait sans aucune sensation de gêne. La voix n'était pas troublée. Tous ces symptômes sont ceux de la paralysie des dilatateurs de la glotte ; et il semble que ce cas très curieux doit prendre place à côté de ceux que décrit Dufour dans sa thèse, que nous avons mentionnée plus haut.

OBSERVATION VIII (résumée).

RALE TRACHÉAL DURANT DEPUIS 13 MOIS CHEZ UNE HYSTÉRIQUE. RIST.
(*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1896, 3^e sér. XIII, 128-131).

Il s'agit d'une malade de 35 ans, ayant des antécédents hystériques très nombreux, mutisme absolu, perte des mouvements de la langue et du voile du palais.

Elle présente depuis treize mois un râle trachéal tout à fait particulier. Ce râle est plus fort à l'expiration qu'à l'inspiration. Il cesse, quand la malade parle, mais pas au delà d'un certain temps. Elle est obligée de s'interrompre au milieu d'une phrase

pour reprendre haleine et faire entendre son râle. La voix est du reste parfaitement conservée. *La nuit, durant le sommeil, le râle s'arrête tout à fait*, et même, pendant l'insomnie, le bruit anormal est sinon supprimé, au moins très atténué.

La malade se plaint d'une sensation d'étouffement continu. De temps à autre, elle a des accès de suffocation, des quintes de toux prolongées. Elle crache le matin surtout des crachats assez épais, muqueux : l'expectoration de la journée est beaucoup moins abondante et mousseuse.

L'exploration des poumons, rendue un peu délicate par le retentissement énorme du bruit trachéal, ne fait découvrir aucune lésion. L'examen bactériologique des crachats a été négatif. L'examen laryngoscopique a été aussi négatif. Le râle dure depuis treize mois, sans s'être accompagné d'aucun amaigrissement, ni d'aucun autre trouble grave de la santé.

« L'événement central de la vie de la malade, celui dont elle ne parle pas sans une émotion extraordinaire, et d'où elle fait dériver l'ébranlement général de sa santé, a été le suicide de son père. Elle l'a trouvé pendu dans sa chambre au moment où il rendait le dernier soupir. Il est permis de se demander si ce râle trachéal, si insolite, si inexplicable, n'est pas en relation directe avec cette scène impressionnante, dont le souvenir s'est cristallisé sous forme d'idée fixe subconsciente dans l'intelligence de notre malade. Il n'y a pas eu d'hypnotisation, ni de suggestion, la malade s'y est refusée. »

Observation IX

CORNAGE ET ACCÈS DE SUFFOCATION CHEZ UN HYSTÉRIQUE MALE. INTÉGRITÉ DU LARYNX, SPASME DE LA TRACHÉE, TRACHÉOTOMIE. GUÉRISON.
(D^r CHAPUT. *Archives de laryngologie*, août 1890, p. 230.)

G... Emile, 26 ans, entre le 3 juillet 1890 à la Salpêtrière, pour une affection laryngée dont il fait remonter le début au mois d'août 1885, peu de temps après son entrée au service militaire. Il raconte qu'un jour, après une longue marche, ayant très chaud, il se mit les jambes dans l'eau froide. Presque aussitôt après, il est pris d'enrouement et de toux. Le 27 août 1885, il entre pour ces motifs à l'hôpital militaire de Versailles, où on lui fait subir des traitements variés : cautérisation au nitrate d'argent, vésicatoires au devant du cou, etc.

Au bout de deux mois de séjour, on l'envoie à Amélie-les-Bains où il se soumet à des pulvérisations et inhalations. Il reste cinquante-cinq jours et revient guéri.

Mais, au bout d'un mois, il est repris à nouveau d'enrouement, toux persistante et sueurs. Il rentre à l'hôpital et on le traite pour une bronchite chronique pour laquelle il est réformé le 30 avril 1886.

Il revient chez lui, toujours un peu enroué. Cet état persiste sans aggravation notable jusqu'en 1890. Le malade n'est pas assez gêné pour ne pouvoir travailler et s'occuper.

Dans les premiers jours de janvier 1890, il prend l'influenza, qui se manifeste chez lui par des déterminations thoraciques et qui persiste pendant deux mois et demi. A ce moment, la difficulté de respirer augmente et le cornage apparaît, l'expecto-

toration devient plus abondante. Il survient parfois la nuit de véritables accès de suffocation.

Depuis lors cet état n'a fait qu'empirer.

État actuel. — Il s'agit d'un homme vigoureux, bien constitué. Il n'a d'ailleurs pas maigri depuis le début des accidents.

La voix est assez distincte, mais sourde et rauque. La respiration est pénible et le malade fait entendre surtout lorsqu'il respire un peu fort, un bruit de cornage très net. L'inspiration paraît surtout gênée.

Parfois et surtout la nuit, le patient est pris d'accès de suffocation : la face devient violacée et il chancelle, pris d'une sorte de vertige. La déglutition est un peu difficile.

L'expectoration assez abondante et exigeant quelques efforts, est muqueuse sans aucun caractère.

On n'aperçoit rien d'anormal dans l'arrière-bouche, ni dans le pharynx. Le toucher digital ne donne non plus aucune sensation anormale. Le doigt pénètre sans difficulté dans le vestibule du larynx en relevant l'épiglotte (Anesthésie pharyngée et laryngée).

L'examen laryngoscopique pratiqué le 11 juillet par le Dr Chauveau fait constater l'intégrité absolue du larynx. Aucune rougeur, aucune saillie de la muqueuse : Les cordes vocales se contractent normalement. Par suite de l'éclairage insuffisant, on n'aperçoit guère la portion sous glottique du larynx.

La palpation du larynx ne donne aucun renseignement. Rien du côté du cœur, ni des gros vaisseaux.

La percussion du thorax est normale sur tous les points. A l'auscultation, on remarque d'une manière générale que le murmure vésiculaire est affaibli, ce qui tient probablement à la gêne de la respiration.

Nulle part, on ne perçoit de bruits anormaux.

Quelques douleurs au niveau des insertions thoraciques du diaphragme.

Rien de particulier à l'exploration du cou.

Sensibilité générale normale. Anesthésie pharyngée très nette. Réflexes rotuliens normaux. Pas de signes du tabes. Un peu d'inégalité pupillaire : la pupille droite est plus contractée que la gauche.

Rétrécissement assez notable du champ visuel surtout à droite. L'achromatopsie n'a pas été recherchée.

Pas de points hystérogènes. Pas d'antécédents personnels névropathiques. Pas d'antécédents nerveux héréditaires. Pas d'antécédents spécifiques.

Les accidents de suffocation se répétant d'une manière inquiétante, le Dr Chaput prit le parti d'intervenir, comptant sur l'influence morale exercée par l'opération dans l'hypothèse d'accidents hystériques.

La trachéotomie fut faite le 12 juillet. L'exploration digitale ne révéla aucun obstacle trachéal; l'exploration du larynx par la même voie provoqua une toux violente et un spasme intense qui comprimait fortement le doigt. La canule fut laissée jusqu'au lendemain. A partir de ce moment, la respiration redevint normale, et le malade fut tout à fait guéri de ses accidents.

Nous n'avons pas trouvé d'autre observation de spasme de la trachée. Le Dr Chaput parle d'un fait analogue de Landgraff dans lequel tous les symptômes d'une sténose trachéale ou bronchique (dyspnée, tirage, cornage), disparurent à la suite du cathétérisme des grosses bronches pratiqué après cocaïnisation du larynx

et de la trachée. Le laryngoscope avait montré le larynx tout à fait perméable : l'auteur conclut à un spasme des éléments musculaires trachéo-bronchiques qui aurait cédé à l'excitation locale produite par le cathétérisme.

Observation X

CRISE DE DYSPNÉE D'ORIGINE HYSTÉRIQUE, CARACTÉRISÉE PAR UN RYTHME RESPIRATOIRE LENT ET DES PÉRIODES D'APNÉE EN INSPIRATION FORCÉE. TROIS CRISES SEMBLABLES AYANT NÉCESSITÉ LA TRACHÉOTOMIE. (Observation due à l'obligeance de M. MALLOIZEL, Service de M. le Dr OETTINGER, à l'hôpital Broussais).

Le malade est âgé de 27 ans. Il est infirmier. \

Ses antécédents familiaux n'ont rien de particulier. Ses parents sont bien portants. Sa mère est très émotive, mais n'a jamais eu de crises nerveuses. Il a quelques frères et sœurs, qui jouissent d'une santé parfaite.

Dans ses antécédents personnels, on trouve une rougeole dans la première enfance. A l'âge de cinq ans, à la suite d'une chute, il aurait eu une fracture du crâne, et des deux cuisses. Il en est resté des troubles de la vision, consistant en une diminution de l'acuité visuelle, et une hémianopsie nasale partielle de l'œil droit.

A vingt ans, il fut soigné à l'hôpital de la Charité pour des troubles cardiaques survenus après des excès de bicyclette.

Il est buveur et fumeur. Il a un caractère peu facile, il est très irritable.

Au mois de décembre dernier, il fut en traitement à l'hôpital Saint-Antoine pour un rhume, des crises d'étouffement, et des troubles de la voix. Envoyé à Ivry, après une période d'aphonie

complète, il est atteint, le 20 mars, d'une crise de suffocation pour laquelle on lui fait la trachéotomie. La canule est retirée au bout de trois jours. La cicatrisation de la plaie est complète dix jours après.

Le 1^{er} avril, une nouvelle crise d'étouffement survient à la suite d'excès de boisson et de tabac : une nouvelle trachéotomie est pratiquée. Quelque temps après, une autre attaque nécessite une troisième trachéotomie, et la canule est laissée à demeure dans la trachée.

Le 16 juin 1905. — Le malade rentre vers 11 h. 1/2 à l'hôpital Broussais, après avoir bu et fumé plus que de coutume.

Il est pris d'une sensation brusque d'étouffement et d'une gêne respiratoire très intense, avec une douleur très violente dans la région précordiale.

Il est admis dans le service de M. le Dr Oettinger.

Il présente une dyspnée extrêmement vive, caractérisée par des inspirations très fortes, suivies d'expirations également fortes. Le rythme respiratoire, très lent, est brusquement interrompu par intermittences, et il se produit une période d'apnée en inspiration forcée. A ce moment, la bouche s'ouvre, la tête se rejette en arrière, le malade devient légèrement violacé, la peau est froide, les battements du cœur sont réguliers avec quelques faux pas. Le malade est dans un état d'insensibilité absolue.

Les périodes d'apnée varient comme durée entre un quart de minute et deux minutes. Puis, survient une inspiration bruyante analogue à celle des chiens ayant leur pneumogastrique coupé. Le malade, de temps à autre, paraît s'éveiller : il est dans un état de subconscience. Il s'assied sur son lit, et il est pris de mouvements expiratoires très pénibles, se succédant rapidement,

et pendant lesquels il tend à se débarrasser des mucosités qui sont dans sa bouche.

Quand le malade est dans une de ces périodes d'apnée, plusieurs procédés peuvent faire réapparaître le rythme respiratoire. Si l'on presse sur les derniers espaces intercostaux de façon à vider la cage thoracique, une inspiration nouvelle vient la remplir. Si l'on répète deux ou trois fois la même manœuvre, la respiration reprend pendant quelques minutes son rythme normal.

On arrive aussi à ce résultat en excitant la muqueuse trachéale à l'aide d'une sonde que l'on passe à travers la canule, restée à demeure depuis la dernière trachéotomie. Il se produit trois ou quatre secousses de toux, et les mouvements respiratoires s'accomplissent pour un temps avec régularité.

Dans l'intervalle des périodes d'apnée, quand on examine la cage thoracique, on s'aperçoit que les mouvements d'inspiration se produisent uniquement avec les intercostaux, les sternocleido-mastoïdiens et les scalènes. L'action du diaphragme est troublée, et il est difficile de dire en quoi ce trouble consiste. La lenteur du rythme respiratoire, les périodes d'apnée, rendent difficile l'étude de la respiration. Cependant, on est frappé de ce fait que la base du thorax est élargie, que les viscères abdominaux semblent refoulés dans les hypocondres, que la paroi abdominale est immobile. La respiration à type costal supérieur et *très lente*, l'apnée en inspiration forcée, l'élargissement du thorax sont en faveur d'une contracture du diaphragme.

Terminaison de la crise. — La dyspnée durait depuis trois quarts d'heure. Les périodes d'apnée se succédaient à des intervalles plus rapprochés et duraient chaque fois deux minutes. *L'état général commençait à devenir inquiétant. Le malade*

était cyanosé. Le cœur était irrégulier. L'entretien de la respiration par la pression de la cage thoracique était insuffisant, car souvent le mouvement inspiratoire ne se produisait plus. L'excitation de la muqueuse trachéale agissait encore. *A ce moment, la faradisation du phrénique au niveau du scalène antérieur, avec un courant très fort, produisit en cinq minutes la réapparition du rythme normal.*

Le malade se réveilla, eut une quinte de toux, remplit un urinal et demi d'urine très claire. Puis, tout à coup, il retomba dans le même état d'apnée. Nouvelle séance d'électrisation. Les mouvements respiratoires réapparaissent. Mais bientôt, on constate un peu de grincements des dents. Le malade présente de la contracture généralisée débutant par les membres supérieurs, dont l'attitude rappelle celle de la tétanie (main de l'accoucheur). La contracture est tonique : elle dure trois quarts de minute. Elle est suivie de mouvements désordonnés. Le malade est en opisthotonos : ses membres inférieurs sont en flexion. Il n'écume pas. Cette crise existait depuis un quart d'heure. On fait avec le poing, dans la fosse iliaque droite du malade, une pression très énergique, qui provoque des mouvements de la face, et amène la disparition subite de l'attaque.

Le malade s'endort avec un rythme respiratoire normal.

Il se réveille à 4 h. 1/2 bien portant, ayant perdu le souvenir de ce qui s'était passé. Il se rappelle cependant qu'on lui a passé à différentes reprises une sonde dans sa canule trachéale.

EXAMEN DU MALADE :

Appareil pulmonaire. — On trouve à l'auscultation quelques craquements dans les sommets. Cette tuberculose commençante peut être mise sur le compte de la canule trachéale restée à demeure.

Cœur. — L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal.

Appareil digestif. — Normal.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Examen de la sensibilité. — La sensibilité superficielle est légèrement exagérée dans tout le côté droit : il existe aussi de ce côté de l'hyperesthésie musculaire.

On trouve les points hystérogènes suivants : sous-mammaire, axillaire, et dans la fosse iliaque.

Les différents réflexes cutanés et musculaires sont légèrement diminués.

Il n'existe aucun trouble du goût, de l'odorat et de l'ouïe. Le champ visuel est normal à gauche. L'œil droit présente une hémianopsie nasale partielle. Le malade voit comme dans un brouillard dans la région interne de son champ visuel. C'est un symptôme qui remonte au traumatisme dont il a été atteint dans l'enfance et que nous avons relaté dans ses antécédents.

Le malade est sorti le lendemain, et on lui a enlevé sa canule trachéale, cause probable de sa tuberculisation.

Il reprend son service. Trois semaines plus tard, vers 11 heures du soir, il rentre avec un de ses camarades, venant de recevoir, dit-il, à la sortie d'un café, un coup de poing derrière la tête. Il a bu et fumé plus que d'habitude. Il se rend à la salle de garde dans un état d'excitation très marquée, et il dit qu'il va avoir une nouvelle crise. En effet, à peine est-il couché, qu'il est pris d'une crise nerveuse, nettement hystérique, qui dure un quart d'heure et n'est pas calmée par la compression de la zone hystérogène de la fosse iliaque droite. *Brusquement les secousses convulsives cessent, et il se manifeste une dyspnée, tout à fait identique à celle que nous avons décrite.*

Cette crise est de peu de durée, et disparaît spontanément au bout de dix minutes.

Depuis ce temps, le malade aurait encore présenté deux crises d'hystérie franches à deux reprises différentes.

CHAPITRE II

PARALYSIE ET CONTRACTURE DU DIAPHRAGME DE CAUSE HYSTÉRIQUE

Les troubles de fonctionnement du diaphragme en raison du rôle si important de ce muscle, ont une répercussion très marquée sur la respiration. On peut observer la paralysie, le spasme, et la contracture d'origine hystérique.

La paralysie hystérique du diaphragme est exceptionnelle. Briquet, dans son *Traité de l'Hystérie*, dit avoir vu cette affection deux fois. Duchenne en rapporte une observation très détaillée dans son livre *l'Électrisation localisée*; le D^r West, dans le journal *The Lancet* de Londres, relate l'histoire d'un malade qui présentait une paralysie des dilatateurs de la glotte associée à une paralysie du diaphragme d'origine hystérique : nous relatons cette observation plus haut, n^o 5. Le D^r Angelo Mariani, dans la *Riforma Medica*, en 1890, le D^r Robinson dans la *Revue de Neurologie* en 1901 apportent chacun un nouveau cas.

Dans toutes ces observations, on constate chez les malades des signes physiques et fonctionnels identiques, ce sont ceux qui existent dans la paralysie du diaphragme en général (cette paralysie a été remarquée dans le saturnisme et surtout dans les inflammations de la plèvre, dans l'empyème).

Certaines particularités de l'affection, sa disparition sous l'influence du traitement psychique, l'existence d'autres stigmates hystériques et l'absence de cause pathologique que l'on pourrait incriminer, permettront de reconnaître l'origine hystérique de la paralysie.

Duchenne de Boulogne en donne la description suivante : « Lorsque le diaphragme a perdu son action physiologique, c'est seulement pendant la respiration que l'on reconnaît les principaux symptômes de ce trouble fonctionnel. Ces symptômes sont les suivants : *Au moment de l'inspiration, l'épigastre et les hypocondres se dépriment, tandis qu'au contraire la poitrine se dilate : les mouvements de ces mêmes parties se font dans un sens opposé pendant l'expiration, c'est-à-dire que l'abdomen se soulève, tandis que la poitrine se resserre.* Le malade semble aspirer ces viscères abdominaux, lorsque l'inspiration produit l'expansion de la poitrine, et cela d'autant plus que le thorax s'agrandit davantage. De là, une inspiration courte et insuffisante aux besoins de la phonation et du parler ; de là, aussi l'impossibilité d'inspirer largement, de soupirer, etc., sans être étouffé par l'ascension de ces viscères. Il en résulte que le malade au lieu de chercher à respirer longuement, comme on l'observe dans les autres affections

thoraciques où le besoin d'air se fait sentir, s'efforce instinctivement d'empêcher la trop grande expansion de sa poitrine. La toux, l'éternuement provoquent une grande gêne dans la respiration. L'expectoration et l'expuition sont difficiles, quelquefois même impossibles. La phonation n'est pas perdue ; mais la voix est plus faible, et la plus légère émission du son occasionne de l'essoufflement.» S'il existe en même temps une paralysie des muscles du larynx, il n'y a plus de voix : le malade souffle ses paroles et l'anhélation est extrême

La paralysie du diaphragme n'est pas en elle-même mortelle. L'inspiration qui se fait alors, soit par les intercostaux, lorsque la malade est au repos, soit à la fois par les intercostaux et les autres muscles inspirateurs, quand la respiration est plus agitée, suffit à l'hématose. *Toutefois, la plus simple bronchite peut amener la mort par asphyxie.* »

Cette paralysie, dit Briquet, peut disparaître brusquement ou être remplacée par quelques autres troubles hystériques.

Le meilleur traitement qu'on puisse lui opposer est pour Duchenne de Boulogne la faradisation localisée du diaphragme par l'intermédiaire du nerf phrénique. Il faut y ajouter les moyens thérapeutiques que l'on oppose en général à l'hystérie.

Le spasme du diaphragme est plus fréquemment observé. Habituellement, il est peu intense et se traduit par le *hoquet*. Plus violent, il se manifeste par une sorte d'aboiement, quelquefois un véritable sanglot. La secousse inspiratoire est parfois tellement

intense qu'elle détermine le rejet des matières alimentaires. FOUQUET (1), dans sa thèse, cite une observation où les spasmes du diaphragme revenaient par crises, durant cinq à six jours. Dès les premières inspirations, l'estomac violemment comprimé vidait son contenu, et le malade pendant toute la durée de la crise ne pouvait ingérer aucun aliment ni la plus petite quantité de liquide. Dans un cas observé par Briquet, ce muscle s'élevait et s'abaissait rapidement, et avec une telle force que toute la paroi abdominale était ballottée, que l'estomac et les intestins violemment secoués, donnaient un bruit analogue à celui d'un liquide fortement agité dans un grand verre à parois sonores.

Que ce spasme se prolonge, et qu'au lieu d'être intermittent, il devienne continu, *la contracture* du diaphragme est constituée. Les accidents qui surviennent alors sont beaucoup plus graves et peuvent amener directement la mort. On en trouve une description détaillée dans le traité de Duchenne de Boulogne.

« La contracture du diaphragme se juge cliniquement par des accidents asphyxiques. A l'instant où le diaphragme se contracture, la moitié inférieure du thorax s'agrandit, surtout transversalement : l'épigastre et les hypocondres se soulèvent. La suffocation est extrême. Le malade essaie vainement de refouler ses poumons de bas en haut, en contractant énergiquement et d'une manière continue ses muscles abdominaux. Les viscé-

1. FOUQUET. Sur quelques spasmes d'orig. hystérique. *Thèse de Paris*, 1880.

res comprimés alors en sens contraire par le diaphragme, et par les parois abdominales, s'échappent de chaque côté dans les hypocondres et augmentent ainsi mécaniquement le diamètre transversal de la base du thorax déjà agrandie par l'action du diaphragme sur les côtes inférieures.

Dès lors, la respiration n'étant plus possible que dans la moitié supérieure de la poitrine, la malade contracte avec la plus grande énergie tous les muscles qui en produisent la dilatation : sa tête se renverse, ses épaules se soulèvent et l'on voit se contracter la portion claviculaire des trapèzes, les sterno-mastoïdiens, les scalènes, le tiers supérieur des grands pectoraux, et enfin les grands dentelés. La poitrine agrandie notablement dans sa moitié supérieure, revient sur elle-même par le relâchement brusque de ces muscles. La respiration se compose d'une inspiration brusque pendant la contracture du diaphragme, et d'une expiration courte tandis que la moitié inférieure se dilate d'une manière permanente. Ces mouvements respiratoires partiels sont d'abord très rapprochés, mais bientôt ils s'affaiblissent et se ralentissent et alors apparaissent tous les symptômes de l'asphyxie. »

La contracture du diaphragme est exceptionnelle. On admet qu'elle peut se rencontrer dans l'hystérie. Nous n'en avons pas trouvé d'observation vraiment probante. Duchenne rapporte l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'une contracture du diaphragme, survenue au cours de la convalescence d'une rougeole et qui guérit par l'application d'une compresse

trempée d'eau bouillante sur le thorax. Cette malade était atteinte de tétanie des mains et des pieds. S'appuyant sur ces symptômes, Gilles de la Tourette dans l'interprétation de cette observation, s'est demandé si la contracture du diaphragme n'était pas imputable à l'hystérie « bien que Duchenne n'eût pas songé à mettre cette manifestation sur le compte de la névrose. »

Le meilleur traitement à opposer à la contracture du diaphragme est la faradisation, faite au niveau des insertions thoraciques du diaphragme. A défaut de l'électricité on peut, comme le prouve l'observation de Duchenne, retirer les meilleurs effets d'une révulsion énergique au niveau du creux épigastrique, et des derniers espaces intercostaux.

Observation XI (résumée).

UNE FORME RARE DE PARALYSIE HYSTÉRIQUE, LA PARALYSIE DU DIAPHRAGME. ANGELO MARIANI. (*Riforma medica*, 1899, vol. III, nos 20 et 21, page 231-236), rapportée dans la *Presse médicale*, 1899, page 79, par FEINDEL.

« Dans l'histoire rapportée par M. Mariani, il s'agit d'une femme de 21 ans, qui eut en mai 1898 du catarrhe gastrique, de la gastralgie, des vomissements, sans nausées. Elle guérit en moins de huit jours par l'isolement.

Peu après, et sans que les vomissements aient reparu, il se déclara un nouveau symptôme : une dyspnée d'une intensité et d'une fréquence considérable au point d'empêcher tout repos. Les mouvements de la respiration retiennent l'attention par cette particularité, qu'entrent seuls en action les intercostaux

supérieurs, les pectoraux, les scalènes, les sterno-cleido-mastoïdiens. La malade, dans le décubitus dorsal, n'arrive dans les efforts inspiratoires, qu'à soulever d'une façon exagérée la partie supérieure du thorax, et l'épigastre est tiré, s'enfonce à chaque inspiration. La respiration est bruyante et à rythme accéléré constant (82 par minute). La forme de la dyspnée est mixte portant sur la phase inspiratoire, comme sur la phase expiratoire.

A côté de ce phénomène qui domine la scène, il y a lieu de signaler le rétrécissement concentrique du champ visuel qui porte tout spécialement sur le blanc; le champ des couleurs est très étendu; pour l'œil gauche notamment le cercle du rouge est plus grand que celui du blanc.

Il existe aussi une zone d'hypoesthésie tactile (les sensibilités douloureuses, thermique, sont conservées) occupant : le bras gauche jusqu'au pli du coude, la région antérieure de l'épaule, le pli antérieur du creux axillaire et la moitié externe du sein avec le mamelon. Semblable anesthésie du voile du palais, du pharynx et des deux conjonctives. Faiblesse du membre en partie anesthésique; pas d'autre trouble musculaire que le phénomène capital, l'immobilité du diaphragme.

S'appuyant sur les symptômes qui sont à interpréter comme stigmates hystériques : anesthésie de la muqueuse des yeux et de l'arrière-bouche, anesthésie d'une zone cutanée, absence des réflexes abdominal et pharyngé, rétrécissement concentrique du champ visuel pour le blanc, hyperesthésie ovarienne bilatérale, suggestibilité marquée, et modifications du caractère, l'auteur institue un traitement approprié : suggestion verbale pour donner confiance à la malade, suggestion indirecte par la galvanisation. Après la première séance d'électrisation, la dysp-

née est améliorée; elle est guérie en quelques jours. L'anesthésie n'est pas modifiée.

Rechute après quinze jours à la suite d'une querelle ; la dyspnée disparaît à nouveau en deux ou trois jours.

Cinq mois plus tard, après avoir été exposée à un courant d'air froid, la malade revient avec une névralgie de toute la partie du corps anesthésique. On a encore recours à l'électricité psychique, et la malade est guérie en cinq ou six jours. »

Observation XII

PARALYSIE DU DIAPHRAGME DE CAUSE HYSTÉRIQUE. (DUCHENNE DE BOULOGNE. De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique, 1861).

Louise Des..., modiste, âgée de 38 ans, fille d'une forte constitution, éprouve depuis l'âge de seize ans, des troubles nerveux de nature hystérique et qu'elle attribue à une vive contrariété.

Le 5 février 1852. — Alors qu'elle commençait à guérir d'une paraplégie qui lui était survenue quelques mois auparavant, elle fut prise d'œsophagisme complet avec impossibilité absolue d'avaler aucun liquide. On tenta alors la faradisation du pharynx, le 11 février, et la malade commença le lendemain à avaler, mais elle était aphone, et sa respiration était gênée, jusqu'au 10 novembre 1862, époque à laquelle elle sortit de l'hôpital.

Pendant tout ce temps, la malade était sujette à des migraines et à des douleurs fixes au sommet de la tête, revenant par intervalles et avec des alternatives de bien et de mal ; la respiration a été plus calme à plusieurs reprises, pendant huit à dix jours,

mais l'aphonie a toujours persisté. Les traitements suivis par la malade ont été très variés (valériane en poudre et en tisane, asa foetida, opium à haute dose, pilules d'oxyde de zinc, ferrugineux, vésicatoires à la partie antérieure du cou et du thorax, cautérisation du pharynx avec l'ammoniaque). Ces divers traitements n'ont jamais amené qu'une amélioration passagère.

État de la malade quand je l'ai examinée. — Elle respire habituellement quarante-deux fois par minute : sa respiration est encore plus précipitée quand elle parle ou lorsqu'elle fait quelques mouvements. Elle n'a cependant aucune affection thoracique ; elle n'éprouve aucune douleur ; enfin, l'auscultation ne fait rien entendre qui puisse rendre raison de la fréquence de sa respiration. *Pendant l'inspiration, l'épigastre et les hypocondres s'affaissent, tandis que les parois thoraciques se dilatent.* Ce mouvement de dépression est beaucoup moins marqué dans les autres régions de la paroi abdominale, de telle sorte que l'enfoncement que l'on voit au-dessous de la base du thorax, au moment de l'inspiration, forme alors une espèce de ceinture. Quand la malade est agitée ou qu'elle a parlé un peu, sa poitrine se dilate davantage et alors, ce n'est plus une dépression circulaire que l'on voit au-dessous de la poitrine pendant l'inspiration, c'est un enfoncement considérable de toute la région épigastrique qui semble rentrer dans la poitrine. *L'expiration présente des phénomènes tout à fait inverses, c'est-à-dire que les régions épigastriques et hypocondriaques se soulèvent pendant le resserrement de la poitrine.* La paroi thoracique se dilate en masse dans toute sa hauteur, sans que l'on puisse rapporter ce mouvement plutôt à la respiration costale supérieure, qu'à la respiration costale inférieure.

Les mouvements respiratoires ressemblent à ceux d'une per-

sonne essoufflée ; cependant, la malade n'éprouve pas une trop grande gêne dans la respiration quand elle se sent en repos ; et comme alors on ne sent se contracter ni ses trapèzes, ni ses dentelés, ni ses pectoraux, on est bien forcé de reconnaître que la poitrine est élevée et dilatée par ses scalènes, par une partie ou par la totalité de ses intercostaux, dont on perçoit la contraction par le toucher. Mais, sitôt que la malade s'agite un peu, elle étouffe et soulève sa poitrine avec tous les muscles inspireurs ; alors la tête se renverse, les épaules s'élèvent, on voit les saillies musculaires de la portion claviculaire du trapèze et des sternoïdiens se développer pendant l'inspiration. Lorsqu'un malade éprouve de l'orthopnée, il ressent un grand plaisir ou un soulagement en respirant longuement et largement ; mais, pour notre malade, qui a toujours besoin d'air, le mouvement instinctif qui la porte à dilater plus largement ses poumons, ne fait qu'augmenter son étouffement : car, si en agrandissant sa cavité thoracique, elle fait arriver l'air en plus grande quantité, le vide virtuel qui se fait alors dans la poitrine, augmente l'ascension des viscères qu'elle semble aspirer, et qui refoulent de bas en haut ses organes respirateurs. Aussi, rien ne peut peindre l'anxiété, qu'elle éprouve, quand après avoir parlé un peu ou après avoir éprouvé une émotion, elle ne peut maîtriser les efforts instinctifs de ses muscles inspireurs. Elle exprime très bien ce qu'elle éprouve alors, quand elle dit que ses intestins l'étouffent en remontant dans la poitrine. Je n'ai pas besoin d'ajouter, après ce qui précède, qu'elle ne peut soupirer sans étouffer. Elle ne peut retenir sa respiration plus de deux ou trois secondes, sans avoir besoin de faire une nouvelle inspiration ; elle ne peut laisser sortir lentement l'air qu'elle a inspiré ; elle ne peut souffler pendant plus de trois

secondes, quelque effort qu'elle fasse ; il lui est même impossible d'éteindre une chandelle. L'aphonie est complète ; la malade est forcée de reprendre haleine après avoir prononcé deux ou trois mots ; la phrase la plus courte la met dans un état d'anhélation extrême.

La défécation est très pénible, très longue à s'accomplir, bien que les parois abdominales ne soient pas paralysées. Enfin la coloration du visage, des lèvres, annonce que l'hématose n'est pas gênée par le fait de la paralysie du principal muscle de la respiration, le diaphragme. La santé générale est bonne.

Observation XIII

UN CAS D'HYSTÉRIE OU LA RESPIRATION EST PRESQUE ENTIÈREMENT DIAPHRAGMATIQUE. (JAMES CALVERT, *Transactions of clinical Society of London*). February, 1894, XXVII, p. 270.

« Jessie H..., âgée de 25 ans, célibataire, a toujours été de santé délicate. N'a jamais eu de maladie sérieuse. Rougeole dans son enfance. Pendant ces dix dernières années a souffert d'indigestions fréquentes, et il y a quelques années, elle aurait vomi, dit-elle, à deux reprises différentes, une pinte de sang. Cette hématurie aurait coïncidé avec de violentes douleurs dans la région épigastrique.

On n'a jamais remarqué d'anomalie dans la respiration. Actuellement, on constate que la respiration est presque entièrement abdominale. *Les mouvements du diaphragme se font avec une violence inaccoutumée.* La paroi thoracique se meut à peine ; les différences qui existent entre les mensurations du thorax lors de l'inspiration et de l'expiration sont d'un quart de pouce

au niveau des seins. Les mouvements de la paroi thoracique paraissent être dus entièrement aux variations de la pression atmosphérique à l'intérieur des poumons.

A l'examen des cordes vocales, on constate que leurs mouvements s'effectuent, mais en sens inverse : c'est-à-dire que les cordes vocales sont séparées pendant l'expiration, et qu'elles se rapprochent pendant l'inspiration. Il n'y a pas de paralysie du larynx. La voix et la toux sont parfaites.

Pas de troubles de la motilité, de la sensibilité, et des réflexes. *Pendant le sommeil, la respiration redevient normale.*

Un lavage d'estomac l'améliora beaucoup, et quelques séances de galvanisation la guérèrent presque ; les deux modes de traitement déplaisaient fort à la malade, et elle aimait mieux quitter l'hôpital que de s'y soumettre.

CHAPITRE III

La Tachypnée hystérique.

Cette dénomination, qui est de Charcot, exprime le symptôme capital de cette affection qui est constituée exclusivement par l'accélération du rythme respiratoire. Weir Mitchell dit simplement respiration hystérique rapide. Il n'y a pas de dyspnée : la malade ne souffre point des modifications de son rythme respiratoire, il arrive qu'elle n'en ait pas conscience ; en tout cas, elle manifeste une complète indifférence vis-à-vis de son affection.

LASÈGUE paraît avoir connu ces faits. On trouve dans l'observation du D^r Soca que nous publions plus loin une anecdote que rapporta Hanot. Alarmé par l'extrême dyspnée que présentait une de ses malades il court chercher son maître Lasègue et le presse si instamment que l'illustre professeur est obligé d'interrompre son cours pour se porter au secours de la cliente de son chef de clinique. A peine a-t-il examiné la malade que Lasègue se retourne vers son élève et lui dit amicalement : « Vous mériteriez que je vous tire les oreilles, votre malade n'a rien pour vous épouvanter, elle a seulement une

bronchite aiguë et cette énorme oppression n'est que feu de paille : elle a de la dyspnée parce qu'elle est hystérique, parce que la bronchite a réveillé les aptitudes hystériques de son appareil respiratoire. »

C'est WEIR MITCHELL qui a le mieux décrit cette affection et il a pu représenter par des graphiques cette respiration rapide.

C'est une affection très rare qui se rencontre surtout chez les femmes, par exception chez les hommes.

Elle peut apparaître sans cause appréciable ; d'autres fois, elle coïncide avec une affection pulmonaire, une bronchite, comme nous l'avons vu plus haut, une pleurésie comme le relate l'observation du Dr Soca, en somme une affection organique quelconque qui serait susceptible à elle seule d'amener une *légère* modification du rythme respiratoire mais incapable de produire l'accélération de la tachypnée hystérique avec les caractères et l'intensité qui lui sont propres. Elle apparaît chez des personnes nettement hystériques qui ont eu des attaques ou d'autres manifestations. Elle peut aussi être le seul stigmate de la névrose, elle en devient alors un moyen de diagnostic, tant son individualité est marquée.

Elle se manifeste sous forme d'accès, sous l'influence des émotions, parfois à l'arrivée du médecin. Quand elle est connue de la malade elle se produit aussi lorsque la malade se fait observer.

Elle est précédée parfois de prodromes, tel que point de côté, sensation de constriction à la gorge comme une véritable attaque d'hystérie.

L'accélération des mouvements respiratoires est variable. Le nombre des respirations peut aller de 60 à 180 par minute. C'est une respiration superficielle, du type costal supérieur, et avec une participation peu marquée du diaphragme ; de temps à autre on aperçoit un léger mouvement de la paroi abdominale, indice de la faible contraction de ce muscle.

Le rythme est tout à fait régulier, comme l'atteste la représentation graphique qu'a donnée le Dr Weir Mitchell.

Il faut ajouter à ces caractères l'indifférence relative de l'organisme vis-à-vis de cette extraordinaire tachypnée. Lamalade qui a par exemple 120 respirations par minute est tranquille, sereine, s'intéresse comme si elle ne présentait rien d'anormal à tout ce qui se passe autour d'elle ; elle ne présente aucune trace d'asphyxie aucune trace de cyanose.

La température est normale, le pouls est normal. Ainsi dans une observation du Dr Weir Mitchell, une malade avait un pouls à 80 quand le nombre des respirations était à 40, et le pouls était à 85 pour 60 respirations à la minute.

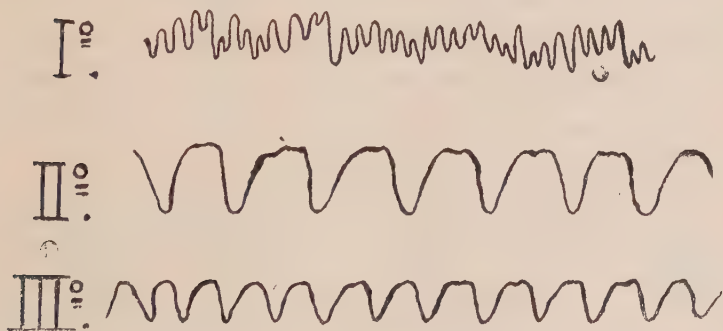
En somme, cette respiration rapide qui, si elle tenait à une affection organique serait en peu de temps mortelle, dure des heures et des jours sans que l'état général s'en ressente en quoi que ce soit.

La tachypnée cesse pendant le sommeil, et aussi quand la malade a des distractions ou un travail qui l'absorbe.

Respiration superficielle du type costal supérieur,

régularité du rythme respiratoire, indifférence de l'organisme, tels sont les caractères de la respiration hystérique rapide.

Ils différencient nettement cette tachypnée de celle que peut donner l'exagération volontaire du rythme respiratoire normal. En effet, dans ce cas, le diaphragme participe à la respiration, comme c'est la règle. D'autre part, la courbe représentative des mouvements respiratoires n'est pas régulière dans ses oscillations, comme le montre le schéma suivant emprunté au D^r Weir Mitchell.



- I. — Individu en bonne santé simulant la respiration hystérique rapide (irrégularité du tracé).
- II. — Tachypnée hystérique (60 respirations par minute).
- III. — Tachypnée hystérique (120 respirations par minute).

Enfin cette exagération voulue du nombre des respirations amène rapidement de l'épuisement.

Cette tachypnée, telle que nous l'avons décrite, n'existe que dans l'hystérie ; aussi, elle devient un moyen de diagnostic quand il n'existe pas d'autres manifestations de la névrose.

Le Dr Weir Mitchell raconte qu'il fut appelé auprès d'une malade qui avait perdu connaissance après avoir reçu un copeau de bois sur la tête. Il y avait une accélération des mouvements respiratoires, sans modification du côté du pouls et de la température, cette accélération présentait le type de la respiration hystérique rapide. En se fondant sur ce symptôme, le Dr Weir Mitchell mit la perte de connaissance sur le compte de l'hystérie et la suite des événements lui prouva qu'il était dans le vrai.

Le traitement de la tachypnée hystérique ne comporte rien de spécial, il est surtout suggestif, et il est facile de se rendre compte de la grande disproportion qui existe entre les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus. C'est encore une présomption en faveur de l'origine nerveuse de la dyspnée.

Dans l'observation du Dr Soca, une ventouse scarifiée fit tomber le nombre des respirations de 160 à la minute à 25. Dans notre observation la malade fut guérie par l'ingestion de quelques pilules de bleu de méthylène.

Observation XIV

TACHYPNÉE HYSTÉRIQUE CHEZ UN ENFANT. DAVID RIESMAN.

(*Philadelphia Polyclinica*, 1897, VI, 69).

« *Tachypnée rendue bruyante par une inspiration sifflante.*

Par intervalles, un mouvement de déglutition. »

« Enfant de 13 ans ; il est le deuxième d'une famille de huit enfants, deux sont morts.

Dans ses antécédents, on trouve une fièvre typhoïde bénigne quelques années auparavant. Un soir, il rentra chez lui, se plaignant de suffocation. Des boissons chaudes lui furent administrées et le trouble disparut entièrement. Pendant deux semaines, il se porta très bien, puis les symptômes revinrent tels qu'ils sont à présent.

On note quatre-vingt-une respirations par minute. La respiration est bruyante, parce que l'air est aspiré à travers les dents. Elle est parfaitement rythmique, interrompue cependant toutes les quatorze ou quinze respirations par un mouvement de déglutition. Léger tirage sus-sternal et sus-claviculaire. A l'auscultation on trouve que l'inspiration est un peu rude. *Cette tachypnée cesse pendant le sommeil, et aussi quand l'enfant s'amuse ou travaille, la respiration devient alors naturelle. »*

Le Dr David Riesman cite une autre observation de respiration rapide chez un enfant de 9 ans, et elle coïncidait avec de la chorée. Le nombre des respirations atteignait soixante-quatre à la minute.

Observation XV. (Résumée).

SUR UN CAS DE TACHYPNÉE HYSTÉRIQUE SECONDAIRE. Dr SOCA (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. Paris, 1898, XI. 461-474).

Malade de 27 ans, névropathe ; quelques années auparavant elle avait eu des crises d'hystérie. Elle avait été admise dans un service de gynécologie à la suite d'un avortement. Elle allait quitter l'hôpital, lorsqu'à la suite d'un refroidissement elle

présenta les symptômes d'une affection pulmonaire qui la firent admettre dans le service du Dr Soca.

Cette affection débuta par un point de côté très violent dans la partie droite du thorax, avec un essoufflement excessif : soixante-dix-sept respirations par minute. L'excursion du diaphragme était altérée surtout à droite et les insertions diaphragmatiques étaient douloureuses. On constatait aussi un affaiblissement de la respiration de ce côté et de la submatité à l'extrême base droite. Pouls : 120. Temp. 38°.

La douleur céda le lendemain et le nombre des respirations redevint normal. On constata alors que la zone de matité augmentait à la base droite, elle remontait jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate ; on entendait aussi quelques râles indiquant la congestion du poumon sous-jacent. Le jour suivant, alors que les signes physiques restaient identiques, les phénomènes fonctionnels se modifièrent complètement. *La respiration s'accéléra soudain pour atteindre le chiffre de 160 à la minute.* Par contre, la malade ne présentait aucune trace de cyanose, et ne paraissait nullement gênée, ni inquiète de ces modifications dans son rythme respiratoire. Pouls : 100. Temp. 38°. Bien que les signes physiques n'eussent point changé on pratiqua la thoracentèse qui permit de retirer 600 grammes de liquide et ramena les mouvements respiratoires à leur chiffre normal.

A mesure que les signes physiques diminuaient, que le pouls et la température redevenaient normaux, la malade eut deux nouvelles crises de tachypnée. La première fut calmée brusquement par l'application de deux ventouses scarifiées, la seconde par une seule ventouse. Dans l'intervalle des crises, elle fit deux attaques franches d'hystérie avec arc de cercle.

« Le Dr Soca fait justement remarquer qu'il n'existe aucun parallélisme entre l'évolution de la dyspnée et celle des signes physiques. La dyspnée augmente de fréquence quand les signes physiques sont moins importants, de telle sorte qu'on peut dire que cette dyspnée n'est pas sous la dépendance exclusive de l'affection pleuro-pulmonaire. Il n'y a pas non plus équation entre la dyspnée et l'état général. La dyspnée est très violente et l'état général excellent. La malade ayant cent soixante respirations par minute est tranquille, assez gaie, le pouls et la température sont normaux, pas la moindre trace de cyanose. Il n'y a pas non plus équation entre les moyens thérapeutiques mis en œuvre et les résultats obtenus. La respiration tombe de cent soixante à vingt-cinq avec quelques ventouses. »

Observation XVI

RESPIRATION RAPIDE HYSTÉRIQUE par WEIR-MITCHELL. (*Americ. Journal of medic. Sciences.* March 1893, CV 235-246).

Le Dr Weir-Mitchell après avoir fait la description de la respiration hystérique rapide, en rapporte trois observations détaillées.

Première observation. — Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, ayant présenté de nombreux symptômes d'hystérie : des manifestations du côté de l'articulation du genou gauche à la suite d'une chute, de l'aphonie, une longue période de catalepsie, et des crises d'hystérie très fréquentes. Son rythme respiratoire est très accéléré, variant de 120 à 150 par minute. La respira-

tion est superficielle, affecte le type costal supérieur, elle est régulière. Le nombre des respirations augmente quand la malade se sait observée. *Il tombe de 18 à 20 pendant le sommeil.*

Les deux autres observations concernant aussi la tachypnée hystérique, n'offrent rien de particulier.

Observation XVII (inédite).

POLYPNÉE NERVEUSE. RESPIRATION DU TYPE COSTAL SUPÉRIEUR. (Due à l'obligeance de M. MALLOIZEL, Service du Dr MOUTARD-MARTIN. *Hôpital de la Charité*).

Marie X..., âgée de 27 ans, domestique.

Les antécédents héréditaires et collatéraux n'ont rien de particulier. Sa mère est très émotive, mais n'a jamais eu de crises nerveuses.

Elle a trois frères bien portants.

A l'âge de 10 ans, a été atteinte d'une fièvre typhoïde avec rechute.

Réglée à 16 ans.

La tachypnée remonte à l'âge de 15 ans, sans d'autres signes prémonitoires de nervosisme : tout enfant, elle n'a jamais eu de convulsions, elle a un caractère égal. La première crise a le caractère des crises suivantes, telles que nous le décrirons plus loin, sauf en ce qui concerne le début. La crise est précédée d'un point de côté siégeant au niveau du thorax dans un endroit qui varie à chaque crise nouvelle et éveillant, quoique non accompagné de toux, ni de fièvre, l'idée d'une affection pulmonaire commençante. Aussi, pendant les cinq ou six pre-

mières crises marquées par ce début, fait-on de la révulsion à ce niveau. Elle fait disparaître le point de côté, mais n'a aucune action sur le rythme respiratoire.

Ces crises apparaissent tous les deux ou trois mois au début, puis s'espacent et ne reviennent que tous les six mois environ, leur durée aussi est variable : la première crise a persisté pendant plusieurs mois ; dans la suite elles durent quelques semaines. *Elles débutent toujours par un point de côté très douloureux, qui serait une sorte d'aura. Elles se terminent brusquement, sans que la malade s'en aperçoive.* Cet état continue jusqu'à l'âge de 18 ans. A ce moment, les crises cessent tout à fait, en même temps que l'état général de la malade devient meilleur. Les règles se régularisent et deviennent plus abondantes. Pendant neuf ans, la malade jouit d'une santé excellente.

Le 26 janvier 1904, en dehors de toute sensation ou émotion, elle se sent énermée. Elle est prise de constriction à la gorge et la polypnée s'installe. Elle dure jour et nuit, empêchant le travail et le sommeil pendant cinq jours. Elle est traitée à l'hôpital Beaujon par du bromure de potassium et des piqûres de cacodylate de soude. La guérison a lieu d'une façon spontanée et inconsciente.

Il est à remarquer que cette sensation de constriction à la gorge qui a précédé la crise a remplacé le point de côté des premières attaques. Elle se renouvelle à la crise suivante qui se produit le 2 mars 1904, pour laquelle elle entre à l'hôpital de la Charité, salle Andral.

Description de la dernière crise. — Le début est subit. La malade est prise de malaise et d'une sensation de constriction à la gorge. Cet état dure un quart d'heure.

Puis, le rythme respiratoire s'accélère.

Le nombre des respirations est de 100 à la minute. — La respiration est ample, à type costal supérieur. La partie supérieure du thorax seule est soulevée : le diaphragme est à peu près immobile, car la paroi abdominale reste inerte. On ne constate de même aucun mouvement des espaces intercostaux inférieurs.

La malade n'a pas l'air dyspnéique ; elle garde sans peine n'importe quelle position. Elle n'est pas cyanosée. Les ailes du nez ne battent point. Elle ne tousse pas. Pouls : 90.

Pendant la crise, on constate une anesthésie sensitive totale à droite : à gauche, la sensibilité à la douleur est très émoussée et avec un temps de latence très notable. Ce sont les seuls signes d'hystérie que présente la malade.

L'examen des poumons et du cœur ne révèle rien de particulier. — Les autres organes paraissent sains. Les fonctions digestives et intestinales s'accomplissent sans trouble. Les urines très claires et d'abondance normale, ne contiennent ni albumine, ni sucre.

La malade sort le 12 mars 1904 complètement guérie après l'ingestion de deux pilules de bleu de méthylène.

Examen de la malade à sa sortie. — Pas de zones anesthésiques du tégument externe, ni de la cornée.

Pas de zones hystérogènes.

Pas de troubles sensoriels : l'ouïe, l'odorat, le goût le tact sont normaux.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Au point de vue moteur, réflexes rotuliens un peu forts.

La malade ne présente en somme aucun stigmate d'hystérie.

CONCLUSIONS

1° Les dyspnées hystériques sont dues le plus souvent à des obstacles mécaniques apportés par le spasme, la contracture ou la paralysie des muscles respiratoires.

A). — Les spasmes laryngés sont ceux qu'on rencontre le plus fréquemment. Ils peuvent exister seuls ou être associés à des troubles de fonctionnement des muscles qui concourent à la respiration : (par exemple) une paralysie du diaphragme peut coexister avec un spasme de la glotte). Leur intensité est variable. Quand ils se manifestent sous forme d'attaque de spasmes, de suffocation pseudo-croupale, *ils sont susceptibles d'amener directement la mort.*

On trouve habituellement dans les antécédents des malades, présentant ces paroxysmes, des affections bronchiques ou pulmonaires, qui peuvent avoir été un point d'appel de la névrose sur l'appareil pulmonaire.

On observe parfois, à la suite d'une attaque ou même s'étant produite d'emblée, une paralysie ou une con-

tracture isolée des muscles du larynx, de nature hystérique, de durée variable, et tout à fait assimilable aux paralysies et aux contractures hystériques des muscles des membres.

La gravité qu'affectent parfois certains spasmes laryngés est une indication formelle de leur opposer une thérapeutique énergique. Il nous paraît que la trachéotomie a pu toujours être évitée, quand on a pensé à l'origine nerveuse du spasme, et qu'on a essayé d'autres moyens : anesthésiques, électricité, saignée, marteau de Mayor, etc.

Elle ne doit être employée qu'après l'échec de tous les autres procédés, en raison des inconvénients qui lui sont propres et aussi parce qu'elle n'empêche pas la réapparition des crises, même si la canule est restée à demeure, l'occlusion de la glotte ne devant pas être seule incriminée pour expliquer ces accidents.

B). — La dyspnée peut être produite par la paralysie hystérique du diaphragme : ce sont des faits exceptionnels, dont il n'existe que quelques observations dans la science.

Inversement, il peut arriver que le diaphragme participe seul à la respiration, les autres muscles n'agissant pas.

2° Il existe un rythme respiratoire hystérique particulier, caractérisé par l'extrême accélération des mouvements respiratoires : la tachypnée hystérique. *Précédée parfois de prodromes, d'une sorte d'aura*, elle se manifeste par accès. La respiration est superficielle du type costal supérieur. Le nombre des mouvements

respiratoires est très variable, allant de soixante à cent quatre-vingts par minute suivant les cas, sans qu'il en résulte une gêne appréciable pour la malade, de la dyspnée proprement dite. Il n'apporte aucun trouble dans l'état général, ni aucune modification du pouls et de la température.

Cette tachypnée hystérique cède à des moyens thérapeutiques peu actifs, dont l'effet doit surtout être attribué à la suggestion.

Vu : le Président de la thèse,

GILBERT

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie.** — Spasmes respiratoires d'orig. hystérique. *Bullet. Soc. d'anat. et physiol. de Bordeaux*, 1898, XIX, 2-5.
- Angelo Mariani.** — Paralysie diaphragmatique d'origine hystérique. (*Riforma medica*, 1899, vol. III, n^{os} 20 et 21, p. 231-236. *Presse médicale*, 1899, p. 179).
- Athanasiu et Carvalho.** — Polypnée thermique centrale et son mécanisme de production. *Archives de physiolog. normale et patholog.* Paris, 1898, 5^e s. X (95-103).
- Axenfeld.** — Traité des névroses, 1883.
- Ball.** — Troubles moteurs hystériques des cordes vocales. *Lancet*, 23 février 1889.
- Bessière.** — Contribution à l'étude du spasme laryngé d'origine hystérique. *Annales médico-psychologiques.* Paris 1890, XI, 219-231.
- Bitot.** — Etude sur quelques spasmes rythmiques respiratoires d'origine hystérique. *Gazette hebdomad. des sciences médicales de Bordeaux*, 1888, IX, p. 172, 186, 198.
- Brouardel et Gilbert.** — Traité de médecine et de thérapeutique. Tomes VII, VIII, X.
- Briquet.** — Traité de l'hystérie, 1859.
- Charcot et Bouchard** — Traité de médecine. Tomes VI et X.
- Chaput.** — Cornage et accès de suffocation chez un hystérique mâle. Spasme de la trachée. *Archives de laryngologie*, août 1890, p. 230.

- Calvert.** — Breathing almost entirely diaphragmatic. *Trans. clinic. Society London*, 1893-1894, XXVII, 270.
- Comby.** — Hystérie convulsive terminée par la mort. *Bulletin et mém. Soc. médic. des hôpit. de Paris*, 1892, IX, 831-834.
- Debove et Achard.** — Manuel de médecine. Tomes III et IV.
- Duchenne de Boulogne.** — Traité de l'électrisation localisée, 1861, 1872.
- Dufour.** — De la paralysie hystérique des dilatateurs de la glotte. *Thèse Montpellier*, 9 juin 1891.
- Fouquet.** — Sur quelques spasmes d'origine hystérique. *Thèse*, 1880, Paris.
- Gilbert.** — Hystérie tabagique. *Gazette des hôpitaux*, 12 nov. 1889, n° 129, p. 1173.
- Gouguenheim.** — Névroses du larynx. *Progrès médical*, 1883, p. 7.
- Gilles de la Tourette.** — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, 1876.
- Hérard.** — Hystérie survenue à la suite d'une affection catarrhale aiguë ; toux spasmodique, spasmes de la glotte. *Union médicale*, 12 janvier 1861.
- Hopkins.** — A case of hysterical larynx. *New-York Medic., Journal*, 1899, LXX, 811.
- Huchard.** — Hystérie respiratoire. *Bullet. de la phtisie pulmonaire*, juin 1888.
- Jeanselme.** — Hystérie pleurale. *Médec. Moderne*, Paris, 1895, VI, 201.
- Loque.** — Asthme essentiel envisagé dans sa pathogénie. *Thèse de Paris*, 1894.
- Le Fournier.** — La mort dans l'hystérie. *Thèse Paris* 1896.
- Muselier.** — Spasme laryngé avec asphyxie. Trachéotomie. *Gazette médicale de Paris*, 31 octobre 1891.
- Morton.** — Hysterica laryngea dyspnœa. *British Med. Journ. London*, 1891, I, 1173.
- Petit.** — Hystérie pulmonaire. Paris, 1888, 8°.
- Riesmann.** — Hysterie rapid breathing. (Hysterie tachypnœa with the report of two cases in children). *Philad. Potygl.*, 1897, VI, 69.

- Rist** — Râle trachéal durant depuis 13 mois chez une hystérique. *Bullet. et Mém. Soc. médic. des hôp. de Paris*, 1896, 3^e sér. XIII, 128-131.
- Robinson**. — Paralysie diaphragmat. d'orig. hystér. *Revue de Neurolog. de Paris*, 1901, IX, 91-93.
- Rougier**. — Malad. du larynx, 1888. Laryngoscop. et thérapeut. locale par Goltstein, privat docent à l'université de Breslau.
- Soca**. — Sur un cas de tachypnée second. hystér. *N. Icon. de la Salpêtrière*, Paris 1898, XI, 461-474.
- West**. — Case of hysterical paralysis of the abductors of the larynx and of the diaphragm associated with peculiar movements of the palate. *Lancet London*, 1892, II, 309.
- Tostivint**. — Hystérie pulmonaire. *Thèse Paris*, 1888.
- Weir-Mitchell**. — Hysterical rapid breathing. *American Journal Medic. Sc. Philad.*, 1893. CV. 235-246.